WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XII. WARSZAWA, LIPIEC 1938 R. NUMER VII.

PRACE ORYGINALNE

CHOROBY ZUŻYCIA

podał

Prof. Dr ADOLF WOJCIECHOWSKI

Przeszło pół wieku utrzymywało się wśród lekarzy, a poniekąd utrzymuje się i do dnia dzisiejszego, przekonanie o przemożnym znaczeniu etiologii zapalnej, albo wprost drobnoustrojowej w powstawaniu olbrzymiej większości chorób. Uważając tło nowotworowe i urazowe za zjawiska liczbowe raczej drugorzędne i tylko zrzadka pamiętając o możliwości czynnika rozwojowego, tj. wad wrodzonych, tak w pracach badawczych, jak i w dociekaniach leczniczych kierowano uwagę prawie wyłącznie na przyczyny drobnoustrojowe, na zakażenie, wyłączając prawie zupełnie możliwość, czy choćby tylko prawdopodobieństwo istnienia i innych przyczyn, wywołujących schorzenia.

Właściwie nie ma w tym nic dziwnego; zawdzięcza wszak swój rozwój medycyna współczesna właśnie bakteriologii, szeroko oczywiście pojętej... Dzięki niej zwalczyliśmy wielowiekową klęskę ostrych nagminnych schorzeń, dzięki niej zostało umożliwione celowe postępowanie w tylu innych postaciach chorobowych i wyłącznie jej zawdzięczamy skuteczne środki zapobiegawcze. Jeżeli chodzi o chirurgię, to współczesna chirurgia tylko i jedynie mogła powstać i osiągnąć tak wspaniały rozwój w stosunkowo krótkim czasie przez stworzenie postępowania przeciwgnilnego i aseptycznego, co z kolei mogło być uskutecznione jedynie w oparciu na zdobyczach bakteriologii. Wycisnęła więc ona swe piętno na umysłowości lekarskiej tak dalece, że i dziś, niemal podświadomie, w każdym stanie o cechach zapalnych, a nawet i bez nich, doszukujemy się tła drobnoustrojowego lub stosujemy zabiegi lecznicze na powyższej przesłance oparte. Dopiero względnie niedawno w miarę rozwoju naszych wiadomości o znaczeniu gruczołów dokrewnych, a ostatnio wskutek wykrycia witamin, przekonano się, że bardzo duża rozpiętość stanów chorobowych, nierzadko bardzo zawiłych, nie ma nic wspólnego z etiologią drobnoustrojową.

Krokiem dalszym było zwrócenie uwagi na czynnościowe tło powstawania wielu schorzeń; zrozumienie, że zmiany anatomopatologiczne są nierzadko nie powodem, lecz następstwem zaburzeń czynnościowych i że tam właśnie bardzo często szukać należy właściwej przyczyny cierpienia. Jednocześnie okazało się, iż zmiany i objawy zapalne nie koniecznie i nie obowiązkowo muszą łączyć się z obecnością drobnoustrojów i że wreszcie nawet ich obecność nie przesądza o właściwym powodzie powstania sprawy chorobowej. Mogą one bowiem być niejako późniejszym nabytkiem, usadawiającym się na zmienionym, a wskutek tego podatniejszym dla ich bujania podłożu.

Jak widać z powyższego, ostatnio wid-

nokrąg naszego rozumowania etiologicznego uległ znacznemu rozszerzeniu, co powitać należy z wielką radością, gdyż obiecuje to więcej celowe, a tym samym skuteczniejsze postępowanie lecznicze (w bliskiej być może już przyszłości) w wielu, dotychczas mało poddających się naszym zabiegom, schorzeniach. W myśl tych wywodów wydaje mi się, że nadeszła obecnie chwila odpowiednia dla zainteresowania szerszego ogółu lekarskiego pewnym, dotychczas niedocenianym i zapoznawanym, działem etiologicznym, mianowicie c h o r o b a m i z u ż y c i a.

Oczywiście, zdaję sobie dobrze sprawę, że wszyscy uznajemy istnienie tych spraw, co więcej, że wielu nam jest znana wąska dość i niezbyt popularna gałęź tak zwanych chorób starczych, jednak nie o nich mam zamiar mówić. Pragnę poruszyć pokrewny temat, temat o rozciągłości wielkiej, który w moim przekonaniu nie tylko powinien zająć każdego myślącego lekarza, ale który wzamian za bliższe zaznajomienie się z nim odwdzięczyć się może niejednym sukcesem leczniczym.

Aczkolwiek uznajemy fakt zużywania się naszych tkanek, czy narządów, jednak na ogół dalecy jesteśmy przypisywać mu większe znaczenie, zwłaszcza przy łożu chorego. Nie naśladujemy w tym kierunku techników, którzy z wielką pilnością badają stopień zużycia stosowanych przez siebie materiałów. W obliczeniach technicznych tak zwany „współczynnik zużywalności" odgrywa pierwszorzędną rolę. Być może, dlatego tak czynimy, że nieustannie jesteśmy świadkami odnawiania się tkanek naszego ustroju, że widzimy, jak dalece ustrój potrafi walczyć z niepomyślnymi warunkami, lub też przystosowywać się do trwałych już zmian. Oczywiście, w tym leży jego wyższość w porównaniu z martwą maszyną, tym nie mniej jednak nie zmienia to faktu zużywania się tkanek i narządów, z czego wypływa konieczność poznania czynników wpływających na to zużywanie tak w sensie dodatnim, jak i ujemnym.

Jest rzeczą oczywistą, że zużycie występuje we wszystkich tkankach i narządach aczkolwiek zapewne nie w jednakowym stopniu i tempie. Poniżej zatrzymam się na objawach zużycia i na schorzeniach stąd wynikających w obrębie narządów ruchu, a to ze względu na większą łatwość śledzenia i spostrzegania tych zmian właśnie w tym terenie, a także częściowo z tego powodu, że właśnie ta kategoria spraw bardzo wybitnie wykazuje swe znaczenie społeczne. Mutatis mutandis oczywiście to, co będzie powiedziane w odniesieniu do tej kategorii schorzeń, będzie miało zastosowanie i do podobnych schorzeń, występujących w innych narządach, że wspomnę tylko chociażby o miażdżycy lub zwyrodnieniowych sprawach mięśnia sercowego, niewątpliwie bliskich z objawami przede wszystkim zużycia.

Jeżeliby zdolność do regeneracji naszych tkanek nie ulegała wahaniom i nie wyczerpywała się, to być może moglibyśmy żyć wiecznie, przynajmniej w przypadkach, gdy przyczyna uboczna nie wywołałaby zagłady ustroju. Tak jednak nie jest, zdolność do odtwarzania się tkwiąca w naszych tkankach, osiąga swój najwyższy poziom w okresie kształtowania się ustroju, w okresie rozwoju i wzrostu, aby później w dość stały i powolny, lecz tym nie mniej niepowstrzymany sposób opadać i zanikać. W powyższym tedy rozumieniu zużywanie się tkanek i narządów jest czymś fizjologicznym, naturalnym i prawidłowym i tak zwane choroby zużycia, o ile występują u zgrzybiałych starców, są następstwem nieuniknionym samego faktu długoletniego życia.

Ale w istocie zagadnienia nie leży to powolne, niejako prawidłowe zużywanie, lecz wcześniej występujące i szybciej przebiegające przedwczesne zużycie; zużycie nieusprawiedliwione trwałością przeciętną materiałów budowlanych naszego ciała. Czemu je przypisać?

Przynosimy ze sobą na świat pewne quantum dziedzicznych cech zawartych już w zarodku, cech kształtujących dalszy nasz rozwój. To quantum, czy jak je niemcy nazywają Erbmasse, zawiera w sobie tak kierunek ogólny rozwoju, dążenie do osiągnięcia jaknajdoskonalszego rozwoju wszystkich narządów i tkanek zgodnie z idealnym wzorem — fenotypem danego środowiska, jak i impet rozwojowy. Podobnie, jak nie wszyscy zawodnicy startujący do wyścigów osiągają cel, tak też nie jest powiedziane, że wszystko musi się odbyć w rozwoju ludzkim zupełnie idealnie. Impet rozwojowy może tu i ówdzie nie wystarczyć, może nie pozwolić osięgnąć poziomu idealnego wzorca. Przeciętny dorosły „zdrowy" człowiek nigdy, albo

prawie nigdy, nie ma wszystkich narządów całkowicie prawidłowo i nienagannie rozwiniętych, zawsze znajdą się pewne odchylenia i niedociągnięcia.

Kształtowanie się ustroju zależy jednak nie tylko od wspomnianych czynników dziedzicznych. Zależy w dużej mierze i od wpływów zewnętrznych, a raczej, jeżeli mamy być ściśli, od rodzaju nasilenia i stopnia odczynów ustroju na te wpływy. Nie mam na myśli tu bynajmniej wpływów wyraźnie chorobowych, choć i o nich warto pamiętać, wystarczą już drobniejsze wpływy, aby upośledzić lub zawahać prawidłową linię rozwojową.

Nie dawno zmarły, bardzo zasłużony badacz *Murk Jansen* poświęcił część swego życia dociekaniom nad pytaniem dotyczącym odchyleń rozwojowych u dzieci i żmudnymi długoletnimi spostrzeżeniami u rodzin mógł wykazać, jak nieuniknienie — ciężka praca, obojętne w zasadzie schorzenia przebyte w czasie ciąży odbijały się zawsze niepomyślnie na dalszym rozwoju dziecka, nie w sensie oczywiście powstawania wad rozwojowych, lecz w znaczeniu upośledzenia ogólnego, słabowitości, a również wzmożonej gotowości tkanek do odczynów nieprawidłowych na wpływy normalne.

Mówiąc o odczynach ustroju na wpływy zewnętrzne, miałem na myśli czynniki zwykłe dnia codziennego, z którymi się wszyscy stykamy. Sposób reakcji na te czynniki zależy od ich rodzaju i przede wszystkim nasilenia, dalej od wrażliwości tkanek. Dla każdego czynnika istnieje pewien próg, poniżej którego w ogóle przestaje on działać, następnie pewne nasilenie najkorzystniejsze, gdy wykazuje on swe działanie pobudzające a przy dalszym nasilaniu się i potęgowaniu poczyna działać hamująco, niszcząco. To są ogólnie znane i uznane rzeczy. Często wymyka się nam z pamięci, że powyższa skala jest słuszna tylko w odniesieniu do przeciętnych — tak zwanych zdrowych — tkanek. Tkanki wrażliwsze, niż zwykle, tkanki jeszcze nie chore w znaczeniu lekarskim czy anatomopatologicznym, ale mniej życiowo wartościowe, reagują w sposób odmienny, daleko wcześniej ten sam czynnik zewnętrzny zdolny jest do wywołania odczynów podrażnienia i również daleko wcześniej wykazuje on działanie niszczące, hamujące. Innymi słowy próg wrażliwości na dany czynnik, jako też punkty działania najkorzystniejszego i szkodliwego, ulegają przesunięciu ku dołowi i niejako stłoczeniu, przerwy pomiędzy poszczególnymi nasileniami stają się mniejsze i gorzej uchwytne. Ze szczególną jasnością i wyrazistością można wykazać słuszność powyższych twierdzeń na rosnącej kości i bez wątpienia wiele odchyleń wzrostowych posiada swe właściwe źródło w wadliwej, bo nadwrażliwej reakcji na czynniki prawidłowe, w myśl rozumowania *Murk Jansena.*

Wynika z tego, że nawet napozór prawidłowe tkanki mogą w warunkach szczególnych wykazywać odmienną od prawidłowej wrażliwość, a tym samym i odmienną gotowość odtwarzania się. Posiada to wybitne znaczenie. Na ogół da się ustalić jako zasada twierdzenie, że tkanki reagują tym łacniej, im żywiej przebiegają w nich procesy podziału komórkowego, stąd szczególna wrażliwość na czynniki wszelkie tak z jednej strony rosnących tkanek, jak z drugiej nowotworowych, w których wszak podział komórkowy przebiega w bardzo przyśpieszonym tempie. Ale i tkanka regenerująca, tkanka pokrywająca swe braki musi wykazywać większą liczbę podziałów komórkowych, tym większą im rozleglejsze spustoszenia muszą być naprawione, w myśl poprzednich wywodów, tkanka ta staje się wtedy szczególnie urażalną i może, a nawet powinna, oddziaływać w stopniu znacznie czulszym na wpływy zzewnątrz płynące, przede wszystkim czynić to może w stopniu nieprawidłowym.

Jałowym trudem byłoby zadanie wyliczenia wszelkich czynników, mogących wpłynąć i istotnie wpływających w ten czy inny sposób na tkanki i narządy w ciągu życia, a zwłaszcza w okresie rozwoju. Jest ich takie nieprzeliczone mnóstwo, tak wielka różnorodność, że podjęcie się ich wyszczególnienia z góry byłoby skazane na niepowodzenie. Tym nie mniej jednak można, a nawet należy, przeprowadzić pewną klasyfikację tych czynników, postarać się o ujęcie ich w pewne karby, w pewne kategorie.

Otóż najogólniej się wyrażając i pozostając głównie przy czynnikach nas bliżej interesujących, a mianowicie oddziaływujących w pierwszym rzędzie na narząd ruchu, stwierdzić trzeba, że narząd ten

wberw dość rozpowszechnionemu mniemaniu jest o wiele plastyczniejszy, podatniejszy, niż inne układy i narządy. Jest on jakby młodszy pod tym względem, na co ostatnio znowu zwrócił uwagę *Heidsieck:* istota życia w ogóle zasadza się na podstawowych czynnościach przemiany materii, rozmnażania się i ochrony przed wrogami. Potrafi tym zadaniom sprostać już i roślina. Układ i narządy, spełniające powyższe zadania, a więc układ krążenia, oddychania i układ pokarmowy wraz z wydzielniczym i z narządami rozrodczymi stanowią najstarsze podłoże życia w ogóle. Stąd płynie też na ogół większa stałość ich budowy i planu. Świat zwierzęcy posiada jednak, oprócz tego roślinnego, że tak się wyrażę, podłoża, jeszcze i zdolność ruchów, zapewnianą i uskuteczniającą przez narządy ruchu. Dlatego też zwierzę posiada zdolność poszukiwania pokarmu, zdolność uciekania przed wrogami, zdolność ścigania innej płci, wszystko cechy zasadniczo je odróżniające od biernej rośliny. Ta aktywność czysto zwierzęca, ta czynność ruchowa sprzężona jest oczywiście jaknajściślej z narządami ruchu i przez nie wykonywana, stąd wniosek o względnej młodości ruchu, w porównaniu ze znacznie ontologicznie starszymi układami. Co nas wszakże najwięcej zająć winno i co posiada dużą wartość praktyczną, to wypływające stąd stwierdzenie większej plastyczności, większej podatności. tym samym większej wrażliwości narządów ruchu na wszelkie czynniki. Łatwiej i łacniej mogą one zmienić swój kształt, a zarazem i czynność. A chociaż utrata lub ciężkie zaburzenia ich czynności nie naraża samego życia na niebezpieczeństwo, jak to się dzieje w podobnych przypadkach z układami rzędu roślinnego, tym nie mniej zaburzenia takie stwarzają stan upośledzenia, stan bezsilności, stan większego lub mniejszego bezwładu ruchowego.

Czynniki najsilniej działające na narząd ruchu oczywiście muszą być z ruchem pokrewne, są to więc czynniki k i n e t y c z n e lub s t a t y c z n e. Przypatrując się prawidłowym warunkom, wśród których wzrasta zwierzę, dostrzeżemy bez trudu, że czynniki powyższe wyraźnie wykazują nietylko swą mnogość i różnorodność, ale i ciągłą z m i e n n o ś ć. Przy najstaranniejszym spostrzeganiu nie będziemy zdolni uchwycić czynników, stale albo przynajmniej przez czas istotnie długi, działających zawsze na to samo miejsce, na ten sam punkt narządu ruchu i bezustannie w ten sam niezmienny sposób. Posiada to doniosłe znaczenie, albowiem właśnie wskutek ciągłej zmienności tak rodzaju jak i nasilenia podniet płynących zzewnątrz i częściowo zwewnątrz narząd ruchu posiada warunki 1) do w s z e c h s t r o n n e g o i r ó w n o m i e r n e g o r o z w o j u i 2) do również wszechstronnego i równomiernego z u ż y c i a. U ludzi żyjących w warunkach prymitywnych, a więc zbliżonych do naturalnych, rzecz się ma podobnie; natomiast w miarę postępów cywilizacji, a zwłaszcza mechanizacji, zachodzą zmiany, na które nie możemy zamykać oczu. Zmiany te dadzą się streścić jako zwężenie, ujednostajnienie i zubożenie czynników i podniet działających. Istotnie bowiem w sztucznych warunkach, stworzonych przez współczesną cywilizację, mamy do czynienia z zasadniczymi różnicami w porównaniu do warunków naturalnych. Pozostając tylko przy narządach ruchu i pomijając oddźwięki nie mniej ważne i istotne na układy i narządy inne, wystarczy stwierdzić, że przeciętnie w życiu naszym mamy m n i e j podniet ruchowych i większą ich j e d n o s t a j n o ś ć. Klasy pracowników umysłowych zwykle w ogóle za mało mają ruchu, klasy fizycznie pracujące zmuszone są przez mechanizację pracy do wykonywania ciągle tych samych, na ogół mało zmiennych ruchów. Bardzo więc ważkie i ważne czynniki kształtujące w okresie rozwoju nasze narządy ruchu i wpływające na ich czynność i zużywanie są przez nas otrzymywane w postaci bądź niedostatecznej, bądź, co gorsza, zniekształconej. Nie od rzeczy będzie na tym miejscu stwierdzenie, że i praca fizyczna może być wykonywana mechanicznie niecelowo, wadliwie.

Nauka o należytej kinetyce przy pracy, czyli, jak ja ją nazywam ortokinetyka pracy, stawia dopiero pierwsze niepewne kroki. Nie ulega wątpliwości, że wcześniej, niż myśl badawcza, zdrowy instynkt mas zdał sobie sprawę z grożących niebezpieczeństw, płynących z warunków współczesnej cywilizacji. I pęd powszechny, nieomal żywiołowy, spostrzegany obecnie wszędzie w kierunku wychowania

fizycznego i sportów, jest niczym innym, jak podświadomym odruchem obronnym, usiłowaniem uchronienia się przed zgubnymi warunkami życia dzisiejszego.

Te ogólne przesłanki wystarczą nam do zrozumienia istoty sprawy zużycia, zmian i schorzeń z nim związanych; przejdźmy zatem do właściwego tematu. Mechanizm martwy zużywa się zależnie od rodzaju materiałów, z których był zbudowany, i zależnie od rodzaju pracy wykonywanej. Jeżeli jakość materiału jest dobra, a rodzaj i tempo pracy odpowiednie—zużycie występuje wolno; wręcz przeciwnie, gdy bądź materiał był gorszy, mniej wytrzymały, bądź też warunki pracy zbyt wytężone. Motor obliczony na pewną szybkość obrotów zużywa się znacznie prędzej, gdy zmusimy go do pracy na szybszych o wiele obrotach, bo wytrzymałość jego części składowych nie była do tego przystosowana. Zupełnie podobne stosunki rządzą i w naszym mechaniźmie ruchowym i tu szybsze, a więc i wcześniejsze, zużycie występować będzie albo wówczas, gdy materiał jest wadliwy, o czym już była mowa, lub gdy praca jest ponad siły.

Ale nasz mechanizm ruchowy różni się zasadniczo od martwej maszyny swą zdolnością do wyrównania szkód i braków, zdolnością od odtwarzania się w pewnych i zaraz to powiedzmy, dość wąskich, granicach. Otóż ten fakt nie znajduje na razie należytej oceny, stąd płyną liczne błędy w rozumowaniu, a co za tym idzie i postępowaniu leczniczym.

Wróćmy na chwilę do prawidłowych warunków rozwoju i pracy. Widzieliśmy, jak wielką zmienność wykazują w tych warunkach wszelkie czynniki mogące wpłynąć na narząd ruchu. Posiada to ogromną doniosłość, jak łatwo się przekonamy z przykładu prawidłowo zbudowanego i zdrowego stawu kolanowego. Każdy ruch w tym stawie nie pozostaje, rzecz prosta, bez śladu na jego częściach składowych. Chrząstka uciskana ugina się, aby później wraz z minięciem ucisku wrócić do stanu początkowego. Skład, lepkość i śliskość mazi zależy wybitnie od rozległości i częstości ruchów, bo wszak maź składa się z płynów przesiękowych z naczyń krwionośnych i jest zależną od stanu ukrwienia, a więc znowu od ruchu, bo ukrwienie idzie w parze z natężeniem ruchu. Z drugiej strony wszakże w skład mazi wchodzą starte komórki chrząstki i maziówki, a te skolei będą w większym wymiarze ulegać ścieraniu przy silniejszych i dłużej trwających ruchach.

Olbrzymi wpływ smarów na konserwację motoru jest dostatecznie znany każdemu posiadaczowi samochodu. Może mniej zdajemy sobie sprawę z ważności należytego ukrwienia, albo ściślej z należytej gry naczyniowej, koniecznej do utrzymania stawu w stanie dobrej sprawności. A przecież sprężystość chrząstki stawowej zależy w dużym stopniu od jej napęczniałości, a płyn może ona pobrać tylko z naczyń.

Teraz wyobraźmy sobie skolei, co będzie się działo przy ciągle jednakowym, jednostajnym ucisku. O ile ucisk jest prawie nieprzerwany, to chrząstka w ogóle źle znosi taki ucisk i sprawność jej maleje. Jeżeli będzie to ucisk przerywany, jak przy bardzo wielu ruchach związanych z określoną pracą, to chrząstka może sprostać temu zadaniu tylko wtedy, jeżeli siła ucisku nie przekracza pewnego progu. Silniejszy ucisk sprowadza już w chrząstce zmiany, do których wyrównania potrzebuje ona czasu, czyli innymi słowami przerwy w występowaniu ucisku w tym samym miejscu. Ucisk w innym punkcie, chociażby bliskim, oczywiście nie ma znaczenia. Widzimy z tego, jak ważną rzeczą jest zmienność obciążenia, zmienność ruchów, działających ciągle na inny punkt, a nie zawsze na ten sam. Widzimy równie, jak podstawowe znaczenie posiada przerwa odpowiednia w pracy, zezwalająca na wyrównanie w naszym mechanizmie ruchowym szkód, przez ruch lub obciążenie wyrządzonych.

Wnioski są proste: dla dobrostanu naszego aparatu ruchowego koniecznym warunkiem jest w ogóle ruch w odpowiednim wymiarze i to ruch zmienny, praca odbywać się winna tak, aby te same punkty, czy części nie były bezustannie obciążane, a i inne wogóle nie pracowały. Stąd też ruch naturalny konserwuje, jeżeli tak się wolno wyrazić, narząd ruchu, podczas gdy ruch jednostajny i jednostronny stanowi szkodliwość, nierzadko o bardzo dalekim zasięgu. Niedostateczny ruch jest też szkodliwy, gdyż pozbawia narząd ruchu

swoistych podniet w ilości koniecznej potrzebnych do zachowania czynności na należytym poziomie.

Przykładów potwierdzających słuszność powyższych jest wiele. Niech wystarczą dwa najwięcej znane i wielokrotnie sprawdzone. Praca ze świdrem pneumatycznym, powodującym ciągłe i silne wstrząsy, prowadzi w krótkim czasie do zmian zniekształceniowych i do zupełnego zniszczenia stawu. Stanowi to przykład nadmiernej pracy, której staw nawet zupełnie sprawny nie jest w stanie sprostać i zużywa się w tempie nadmiernie szybkim. Przykład drugi spotykamy nierzadko u graczy w piłkę nożną: u nich stawy kolanowe wykazują rozwłóknienie i ścieńczenie chrząstki stawowej, staje się ona mniej sprężysta, gorzej się odkształca, źle amortyzuje, słowem zdradza wszelkie znamiona zużycia przedwczesnego, napotykane zwykle dopiero u starców. Tu nie tyle sam wymiar pracy, co jej jednostajność, ciągłe obarczanie i zużywanie tych samych punktów wraz ze zbyt małymi przerwami pomiędzy tymi mikrourazami, przerwami zbyt krótkimi, aby ustrój miał czas i możność uzupełnić szkody, ponosi winę zbyt prędkiego zużycia.

Zużycie stawu, a zwłaszcza chrząstki stawowej wywiera o tyle daleko sięgający skutek, że chrząstka być może ze wszystkich tkanek najmniej wykazuje zdolności odrodczych. W warunkach normalnych dostatecznie wytrzymała, a nawet posiadająca pewien zabezpieczający nadmiar wytrzymałości, raz ulegając głębszemu zniszczeniu nie jest ona w stanie odrodzić się w granicach koniecznych i stan mniej lub większego upośledzenia pozostaje już na zawsze. Upośledzenie zaś w ślizgających się po sobie powierzchniach stawowych już z przyczyn natury czysto mechanicznej nietylko utrudnia wykonywanie ruchów, ale nieuniknienie prowadzić musi skolei do jeszcze dalszych, jeszcze głębszych zmian w samej chrząstce i w mechanice stawu.

Zmechanizowana jaknajdalej praca przemysłowa doby dzisiejszej obfituje, jak z tego wynika, w warunki szkodliwe. Robotnik ciągle i bezustannie powtarzający jeden i ten sam ruch łatwiej zużyje swój aparat ruchowy, niż wieśniak pracujący być może nawet ciężej, lecz wykonywujący ruchy bardzo różnorodne, mniej schematyczne, mniej szablonowe. Stąd płynie znaczenie badań nad ortomechaniką pracy, jak ją nazywam, czyli nad sprawą szkolenia ruchów takich, które byłyby najwięcej celowe, a jednocześnie nie zużywałyby przedwcześnie części składowych aparatu ruchowego, w pierwszym rzędzie stawów. Zagadnienie to o tyle jest nowe, że dotychczas zajmowano się mechaniką pracy tylko ze stanowiska jej wydajności, jak tego przykładem jest tayloryzm i pokrewne metody, zdążające do jaknajwiększego podniesienia wydajności robotnika, nie oglądając się na szkody czynione jego ustrojowi. Ortomechanika pracy zdąża do zupełnie odmiennego celu, chodzi jej o zachowanie wartości ruchowych ustroju jaknajdłużej na poziomie możliwie sprawnym bez większego uszczuplania wydajności pracy.

Być może nasunie się tu wniosek, że ponieważ jesteśmy krajem rolniczym, mało uprzemysłowionym, w dodatku o przemyśle nienazbyt jeszcze zmechanizowanym, tedy niebezpieczeństwa powyżej wskazane nie mają dla nas na razie bezpośredniego znaczenia. Wniosek taki byłby mylny, albowiem nie chodzi w całym tym zagadnieniu tylko o czynniki kinetyczne, lecz i o statyczne, które nie mniej potężnie wpłynąć mogą i wpływają na zużycie stawów i kości. A czynniki statyczne są obecne wszędzie: nawet pracownik biurowy ulega im w odniesieniu np. do kręgosłupa, długie godziny obciążonego zawsze w ten sam sposób. Praca stojąca, praca związana z koniecznością zachowywania określonej postawy lub pozycji obfituje zawsze w czynniki statyczne o doniosłym znaczeniu. Czynniki te może nawet są w działaniu głębsze, bo choć zwykle nie posiadają natężenia napotykanego w czynnikach ruchowych, ale w zamian działają zupełnie nieprzerwanie w ciągu niekiedy długich godzin, a to znosi tkanka żywa jak najgorzej. Olbrzymia większość naszego społeczeństwa jest wystawiona na działanie czynników mechanicznych, czynników bardzo łatwo mogących uszkadzać i uszkadzających aparat ruchowy i powodujących jego przedwczesne zużycie.

Reasumując powyższe widzimy, że przedwczesne zużycie może zależeć:

1) od wadliwych właściwości materiału, to jest części składowych narządu ruchu,

2) od wadliwego reagowania tkanek na podniety pozostające jeszcze w granicach normalnych,
3) od niewspółmiernego lub wadliwego obciążenia pracą,
4) od zbyt małych, krótkich i niewystarczających przerw odpoczynkowych, nie zezwalających na wyrównanie szkód i braków,
5) od wrodzonej lub nabytej, gorszej niż prawidłowa, zdolności odtwórczej tkanek w ogóle a tkanki chrząstkowej, jako najwięcej na zużycie wystawionej, w szczególności.

Nie dość na tym, na podłożu już powstałych zmian wstecznych stanowiących o mniejszej wartościowości danego narządu lub jego części, nawarstwiają się jeszcze i dodatkowe zmiany spowodowane bądź pracą w nieprawidłowych warunkach, bądź też czynnikami toksycznymi lub drobnoustrojowymi. Jasne jest, że zmiana np. krzywizny lub nachylenia płaszczyzn stawowych, albo ich chropowatość stwarza warunki nieprawidłowe pracy, warunki skolei wiodące do powstawania zmian nowych i pogłębiania dawnych. Ale i jakiekolwiek czynniki toksyczne, które w warunkach zwykłych nie byłyby w stanie wywrzeć żadnego wpływu, tu na osłabione i podatniejsze tkanki wpływają ujemnie, upośledzając je tymbardziej. Również wiemy z codziennego doświadczenia, że drobnoustroje, zwłaszcza o zmniejszonej jadowitości, łatwo są zwalczane przez tkanki, znajdujące się na wysokim poziomie sprawności. Odwrotnie drobnoustroje znajdują pomyślne warunki do usadowienia się i bujania w tkankach źle ukrwionych, dotkniętych wstecznymi zmianami, słowem upośledzonych, zużytych, małowartościowych.

Etiologia początkowo czysto mechaniczna może wikłać się, więc łączyć i kojarzyć z etiologią inną, toksyczną i drobnoustrojową, powodując powstawanie bardzo różnorodnych obrazów chorobowych. Trudność powiązania logicznego najczęściej tkwi w bardzo dużym odstępie czasu pomiędzy zadziałaniem czynnika mechanicznie uszkadzającego, a powstaniem klinicznie uchwytnych dolegliwości, zwłaszcza, jeżeli działał czynnik mechaniczny o słabym nasileniu. Stąd też pomieszanie pojęć, panujące w wielu schorzeniach aparatu ruchowego: w obliczu zmian zapalnych a jeszcze więcej przy obecności tła drobnoustrojowego skłonni jesteśmy uważać to ostatnie za przyczynę, podczas gdy właściwy powód powstania cierpienia tkwi znacznie głębiej — w przedwczesnym zużyciu, spowodowanym zadziałaniem czynników mechanicznych, niewspółmiernych z wytrzymałością danego stawu. Właśnie danego, bo może chodzić o czynniki znakomicie znoszone przez wysoko wartościowy staw całkowicie prawidłowy. Ale kto posiada takie stawy i jak długo je posiada? Najjaskrawiej zależność taką widzimy w występowaniu zmian zniekształceniowych. To co jeszcze niedawno określaliśmy jako arthritis deformans, a co dziś słuszniej nazywamy arthrosis deformans występuje nieuniknienie np. w stawie biodrowym, wykazującym małe odchylenia od budowy prawidłowej. Ale zmiany zniekształceniowe występują późno, dopiero po długich latach, jako wyraz przedwczesnego zużycia nieprawidłowo pracującego stawu.

Przechodząc do więcej praktycznych tematów, mianowicie lecznictwa, wydaje mi się, że każdy lekarz winien jaknajżywiej odczuwać konieczność głębszego poznania spraw, często dotkliwie upośledzających narząd ruchowy a zawsze dla chorego nad wyraz przykrych, tymbardziej, że leczenie jest w tych stanach wdzięczne przy zachowaniu kilku zastrzeżeń. Główne z nich głosi, że zmiany już bardzo daleko posunięte, zmiany całkowicie nieodwracalne nie są właściwym terenem działania. Możemy coprawda i tu często ulżyć cierpieniom, możemy zażegnać pogarszanie się stałe sprawy, ale nie jesteśmy w stanie sprowadzić wyzdrowienia całkowitego. Zupełnie co innego w okresie początkowym, w okresie jeszcze płynnym, kiedy zmiany powstające mogą być usunięte doszczętnie, gdy uratowanie czynności w prawidłowym wymiarze jest jeszcze osiągalne. Postępowanie lecznicze w tym okresie nie tylko z reguły jest skuteczne, lecz spełnia ponadto nietylko swe zadanie wobec dotkniętej jednostki, ale i całego społeczeństwa, albowiem chroniąc jednostkę przed dalszym pogarszaniem się, zachowując jej sprawność i zdolność do pracy, oswabadzamy społeczeństwo od brzmienia w postaci schorowanego kaleki, wymagającego opieki osób postronnych.

A więc na czoło zagadnienia wysuwa się zapobieganie wogóle. Powinno ono

być pojęte jaknajszerzej i obejmować w myśl badań *Murk Jansena* opiekę nad ciężarną, opieką bardzo wnikliwą i pilną nad dzieckiem, a zwłaszcza szczególną pieczę roztoczyć winniśmy nad okresem pokwitania, jako nad okresem największej wrażliwości na omówione czynniki chorobotwórcze. Wszelkie wady rozwojowe, nawet o małym nasileniu, muszą być zawczasu usunięte, krzywica jaknajpilniej zwalczana w zarodku, okres zdrowienia po ostrych chorobach zakaźnych otaczany szczególną opieką. Urazy narządu ruchu muszą być fachowo i dobrze leczone, aby nie pozostawiły śladów, zaburzających kinetykę lub statykę. Szkodliwości okresu szkolnego, związanego nieuniknienie ze ślęczeniem nad książką, muszą być równoważone rozsądnie stosowanym i dawkowanym ruchem w postaci wychowania fizycznego, względnie sportów, chociaż co do tych ostatnich może być podniesiony zarzut jednostronności ruchu. Im dziecko lub młodzieniec jest słabszy, im żywiej reaguje na podniety ruchowe, tym ostrożniej należy stosować ruch, tym więcej uwagi poświęcić dawkowaniu, aby nie wyrządzić szkody zamiast poprawy.

Później osoby prowadzące tryb życia więcej siedzący muszą w dalszym ciągu gimnastyką i sportami utrzymywać sprawność, a osoby pracujące fizycznie są również zmuszone do przeciwdziałania zawodowym szkodliwościom w drodze ćwiczeń ruchowych wyrównawczych. O konieczności ortomechaniki pracy była mowa już powyżej. Unikanie szkodliwości, ćwiczenie, dokładne leczenie i doleczanie uszkodzeń narządu ruchu stanowią więc główne zasady zapobiegawcze. Pozwolą one na ogół uniknąć przedwczesnego zużycia i związanych z nim upośledzeń. W powyższym sensie każdy lekarz przez odpowiednią opiekę i mądrą radę wśród swych chorych, przez pokierowanie odpowiednie poczynaniami społecznymi, w których bierze udział, wiele dobrego zdziałać może.

Ale właśnie jako lekarz nie rzadko zetknie się on z już zaznaczonymi objawami zużycia. Niestety styka się on z nimi dość często, nie zdając sobie sprawy z czym ma do czynienia. Otóż początkowo w narządach ruchu, jak i w innych narządach, zużycie nie zaznacza się w ogóle klinicznie, gdyż częściowa niedomoga aparatu ruchowego zostaje wyrównana przez ustrój w ten lub inny sposób. Z biegiem czasu jednak niedomoga narasta i wówczas zjawia się stały sygnalizator zaburzeń w ustroju — ból. Ból znamienny, bo związany ściśle z pracą danego odcinka, czy to ruchową, czy też obciążeniową, a więc uspokajający się po dłuższym odpoczynku i zjawiający się ponownie w czas jakiś po podjęciu pracy. W tym okresie nierzadko chory zwraca się do lekarza i wówczas obok wyżej wspomnianej charakterystycznej właściwości występowania bólu przy, a raczej po określonych wysiłkach, stwierdzić możemy jego jeszcze niezbyt ścisłą lokalizację. Zwykle bowiem ból tylko ogólnikowo bywa umiejscawiany w pewnym odcinku, prawie nigdy w określonym punkcie. Ból ten, nasilając się, wykazuje dążność do szerzenia się na cały odcinek lub kończynę, nierzadko daleko od pierwotnego miejsca powstania. Przyczynę tego zjawiska nietrudno wykryć przy dokładniejszym badaniu sposobu wykonywania ruchów: okaże się bowiem, że pewne ruchy czy też ustawienia są podświadomie unikane i zastępowane przez inne, co nadaje ruchom lub postawie zgoła odmienny charakter. Objektywnie w tym okresie można na ogół niewiele stwierdzić; zmiany są jeszcze nie daleko posunięte. Leczenie polega przede wszystkim na usunięciu szkodliwości, a zatem na zmniejszeniu obciążenia i pracy. Można to uskutecznić w sposób wieloraki: niekiedy np. w okresie pokwitania szybko wzrastająca tusza jest przyczyną pogarszania się czynności narządu ruchu, wówczas rozsądna kuracja odchudzająca może zdziałać bardzo wiele. W innych przypadkach zmiana rodzaju pracy, lub sposobu jej wykonywania może okazać się konieczną.

Częściej jednak zwracają się chorzy w dalszym okresie, w okresie już wyraźniejszych zmian. Powyższe rady i tu są wskazane, nie mogą jednak wyczerpywać postępowania, gdyż okazałyby się niewystarczające. W tych przypadkach, jeżeli chodzi, a najczęściej tak bywa, o dolegliwości statyczne, wywoływane obciążeniem, pomocne okażą się aparaty zmierzające do podtrzymania, jak np. wkładki. W przypadkach o dolegliwościach więcej ruchowych również aparaty, ograniczające pewne najwięcej bolesne ruchy, mogą być sto-

sowane z pożytkiem. Obok tych poczynań należy dążyć do ogólnego usprawnienia ustroju, zwłaszcza aparatu ruchowego i do należytego odpoczynku dotkniętych części. Nierzadko odpoczynek taki połączony z zabiegami wzmagającymi ukrwienie, jak to czyni większość tak zwanych fizykalnych zabiegów, wraz z leczeniem zdrojowiskowym, a właściwie kąpieliskowym, zdziałać może więcej, niż możnaby było się spodziewać. Zwłaszcza sprawie ukrwienia, a ściślej krążenia w dotkniętym odcinku wypadnie poświęcić baczną uwagę. Wszak i niespornie dobre działanie, jakie spostrzegamy po świdrowaniu szyi kości udowej w przypadkach tak częstego, a uciążliwego cierpienia zniekształceniowego tego stawu, zawdzięcza swój wpływ zmianie krążenia.

Nie negując całkowicie zaburzeń przemiany materii, zaburzeń gruczołów dokrewnych i innych czynników, jako współdziałających w interesujących nas stanach, należy jednak ze wszelką stanowczością podnieść ich przeważnie drugorzędne znaczenie. Pospolitym zjawiskiem jest niewiasta, skarżąca się na upośledzenie chodzenia, na bóle w nogach, na bóle w stawach. Przyznaje się ona zwykle do trzydziestki i od lat nie używa mięsa, a jednocześnie łyka piperazynę lub ziółka przeciwartretyczne. Jest święcie przekonana, że cierpi na artretyzm, że jest to u niej dziedziczne, nierzadko jest umacniana w tej wierze przez swego lekarza i przez dolegliwości, występujące w narządzie krążenia. Jednak uważne zbadanie wykrywa, jako przyczynę, niedomogę stopy, lub zmiany zniekształceniowe w drobnych stawach stopy i leczenie według podanego wzoru prowadzi do niemal natychmiastowego ustąpienia dolegliwości.

Nawet dolegliwości ze strony innych narządów, mogą być związane z tym stanem, gdyż należy sobie zdać sprawę i to jest rzecz bardzo ważna, że upośledzenie tak podstawowej czynności, jaką jest chód, obarcza niewspółmiernie serce. Znanym dobrze jest ten związek pediatrom, którzy nierzadko u dzieci z płaskimi stopami lub innymi zaburzeniami stwierdzają zakłócenia ze strony układu sercowonaczyniowego. Związek jest prosty, większy wysiłek ruchowy, konieczny do wykonania zasadniczych ruchów, zmniejsza sprężystość chodu, wszystko to męczy i więcej pracy wymaga od układu krążenia. Obrazowo możnaby to porównać z samochodem, poruszającym się na gumach owiniętych łańcuchem — tarcie jest większe i motor musi pracować ze wzmożoną siłą dla uzyskania tego samego efektu ruchowego, który mógł być z łatwością osiągnięty w warunkach zwykłych. Z tego już jednego przykładu widzimy, jak ważną dziedziną są zaburzenia ruchowe i jak daleko sięgają ich oddźwięki. Bagatelizowanie więc dolegliwości na tym tle występujących jest w następstwach zgubne, a wiązanie skolei zaburzeń narządów odległych z podłożem etiologicznym nie prowadzi wtedy, rzecz prosta, do celu w sensie leczniczym.

W przypadkach jeszcze dalej posuniętych, w stanach, gdzie mamy do czynienie już ze zgliszczami stawu, ze zmianami bardzo głębokimi i nieodwracalnymi oczywiście niewiele zdziałać możemy. Tu już tylko zabiegi operacyjne są na miejscu, a i one tylko mogą złagodzić, ale nie usunąć zmiany i związane z nimi dolegliwości. Stąd też doniosłe znaczenie i konieczności orientowania się w istocie tych stanów wśród ogółu lekarzy, bo wszak tylko oni widzą i widzieć mogą początki sprawy, a nie jej końcowe, niemal beznadziejne okresy, oni też mogą skutecznie działać w kierunku zapobiegania, mogą pouczać o czynnikach przyśpieszających zużywanie się narządów ruchu i wdrażać postępowanie w najwdzięczniejszych pod względem leczniczym początkowych okresach. Pamiętając o etiologii mechanicznej, a oczywiście nie pomijając i innych współdziałających czynników, będą oni w stanie w każdym przypadku pokierować leczeniem należycie, przede wszystkim dążąc do usunięcia ruchowych lub statycznych szkodliwości, które sprawę wywołały.

Dlatego też uważałem za potrzebne skreślenie tych kilku uwag; zużycie narządów ruchu, a nie innych, wybrałem dlatego, że wiemy o tych sprawach może więcej, niż o innych podobnych, a są to sprawy nad wyraz rozpowszechnione i nie pozbawione ogólniejszego znaczenia, ponadto badanie i spostrzeganie zachodzących tu odczynów i objawów nie wymaga żadnych złożonych przyborów lub urządzeń pomocniczych. O ile trudniejsze za-

danie mielibyśmy np. omawiając przedwczesne zużycie komórki wątrobowej, albo śluzówki przewodu pokarmowego. A jednak i te stany istnieją i im nie dość uwagi poświęcamy, a być może że niejedno cierpienie, dziś dla nas niejasne, właśnie w ten sposób powstaje.

Choroby wynikające z przedwczesnego zużycia stanowią bardzo obszerną i rozległą dziedzinę, której bliższe zbadanie napewno wzbogaci nasze postępowanie lecznicze i pozwoli w wielu przypadkach zachować zdrowie dzięki umiejętnemu zapobieganiu. A wszak najszczytniejszym zadaniem lekarza jest nie leczenie już wynikłych chorób, lecz zapobieganie ich powstaniu, warto tedy poświęcić więcej uwagi chorobom zużycia.

Zapisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej. konto czek. P.K.O. nr. 15.922
Składajcie ofiary na budowę schroniska dla wdów i sierot po lekarzach
konto czekowe P.K.O. nr. 18.235

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Gruźlicze zapalenie osierdzia. (Les pericardites tuberculeuses). C h. L a u b r y.
Questions cliniques d'actualitê 6-me sèrie. Masson, Paris, 1937.

Zajęcie osierdzia przez proces gruźliczy jest najczęściej jednym z etapów gruźlicy i występuje później, niż procesy gruźlicze w innych narządach. Czasami jednakże pericarditis tuberculosa bywa jedynym objawem gruźlicy.

Anatomicznie rozróżnić możemy trzy postacie gruźliczego zapalenia osierdzia a mianowicie:

1) ostre, suche zapalenie osierdzia,
2) wysiękowe zapalenie osierdzia,
3) zarostowe zapalenie osierdzia.

W pierwszej postaci choroby osierdzie jest usiane wysepkami gruźliczymi o wyglądzie gruźlicy prosówkowej spotykanej w innych narządach. Osierdzie jest zgrubiałe gdzieniegdzie pofałdowane, pokryte nalotem włóknikowym.

W przypadkach wysiękowego zapalenia osierdzia płyn zbiera się zwykle w dużej ilości jest surowiczy często ze znaczną domieszką krwi, a rzadko kiedy ropy. Osierdzie zapalnie zmienione często zawiera liczne nacieki, w których czasami stwierdzić można obecność prątków.

Zarostowe zapalenie osierdzia doprowadza do znacznego zgrubienia jego blaszek. Blaszki ścienna i trzewna zrośnięte są ze sobą płaszczyznowo lub łączą się licznymi powrózkowatymi zrostami. Grubość osierdzia dochodzi w tych przypadkach czasami do 4—5, a nawet niekiedy 10 cm. W takich przypadkach zmiany sięgają do warstw głębszych: tak więc stwierdza się zwykle przy badaniu histologicznym nacieki swoiste w osierdziu i zmiany zwyrodnieniowe w mięśniu sercowym.

Zapalenie gruźlicze osierdzia rozprzestrzenia się zwykle na narządy sąsiednie, zwłaszcza jeżeli mamy do czynienia z jego postacią włóknisto-serowatą. W przypadkach tych stwierdzamy przede wszystkim znaczne nacieczenie gruczołów chłonnych śródpiersia ze znacznym ich obrzmieniem.

W zakresie serca zmiany ograniczają się do jego zwyrodnienia z przerostem. Wsierdzie bywa bardzo rzadko zaatakowane sprawą gruźliczą. Płuca i opłucna, o ile pierwotnie nie były terenem zmian gruźliczych, pozostają często nadal niezmienione. W wątrobie natomiast spotykamy często zmiany o charakterze zwyrodnienia z obecnością drobnych nacieków gruźliczych. Torebka jej bywa w tych przypadkach znacznie zgrubiała.

Przebieg kliniczny gruźliczego zapalenia opłucnej cechuje się ostrym początkiem wśród objawów ogólnych (dreszcze, poty, gorączka). Cały ten zespół nie daje możności rozpoznania, towarzyszy on bowiem wszystkim ostrym stanom zapalnym zwłaszcza wysiękowym.

Zasadniczą podstawą rozpoznania stanowi wynik badania przedmiotowego.

Opukiwanie serca wykazuje powiększenie jego sylwetki. Stłumienie względne przybiera kształt trójkąta. Charakterystyczą cechą jest zmienność kształtu stłumienia w zależności od zmiany położenia.

Oglądaniem stwierdza się zwykle brak uderzenia koniuszkowego lub przemieszczenie jego ku górze.

Na czoło objawów osłuchowych wysuwa się znaczna głuchość tonów przy przyśpieszonej czynności serca. Objawem decydującym często jednak nieobecnym jest tarcie osierdzia. Daje się ono wysłuchać w czasie skurczu i rozkurczu serca, jest niestałe, umiejscowienie jego jest zmienne i dlatego poszukiwać go trzeba na rozległej przestrzeni.

Podkreślić trzeba, że sprawą często towarzyszącą zapaleniu osierdzia jest suche zapalenie sąsiedniej opłucnej. Okoliczność tą trzeba uwzględnić, by pleuritis rozpoznać jako sprawę współistniejącą, a nie zasadniczą.

Badanie radiologiczne powinno potwierdzić rozpoznanie ustalone na podstawie badania fizycznego.

Istnieją tu trzy charakterystyczne objawy:

1) powiększenie sylwetki serca,
2) zmniejszenie lub zniesienie tętnienia serca,
3) dwutorowość cienia sercowego.

Wartość tych danych rozpoznawczych zmniejsza fakt występowania ich i w innych sprawach chorobowych. Tak więc powiększenie serca może zależyć od dawnych zmian w mięśniu sercowym, lub od wady serca. Wreszcie objaw ten może świadczyć o zapaleniu wysiękowym osierdzia, nie przesądzając jego tła. Zmniejszenie tętnienia sercowego zdarza się również przy zmianach w mięśniu sercowym. Ostatni objaw bardzo charakterystyczny występuje niestety rzadko. Polega on na tym, że przy dużym wysięku osierdnym spostrzedz możemy różnicę w intensywności cienia sercowego: a mianowicie część środkowa sylwetki serca zacieniona jest więcej od jej części obwodowej.

Badaniem elektrokardiograficznym stwierdza się często niski woltaż zespołów komorowych i odwrócenie załamka T. Jednakże zespół ten pochodzi prawdopodobnie od współistniejących zmian w mięśniu sercowym.

Po przejrzeniu objawów podmiotowych i przedmiotowych spostrzegamy, że nie pozwalają one na pewne rozpoznanie gruźliczego zapalenia osierdzia. Do jego rozstrzygnięcia potrzebny jest dokładny obraz przebiegu klinicznego. Możemy odróżnić kilka jego odmian. W pierwszej grupie przypadków zapalenie osierdzia jest jedynym objawem gruźlicy. Początek jest wtedy ostry z objawami suchego zapalenia a następnie występuje nagłe znaczne powiększenie stłumienia sercowego i płyn narasta bardzo szybko. Bardzo silna duszność zmusza lekarza do nakłucia osierdzia. Wydobywa się dużą ilość płynu, który jednak prawie bezpośrednio po zabiegu zaczyna narastać z powrotem.

Drugi typ stanowią chorzy, u których wysięk opłucny jest jednym z objawów wielosurowiczego

zapalenia gruźliczego, a więc towarzyszy np. zapaleniu stawów i opłucnej. W tym przypadku ilość płynu jest bardzo nieznaczna, narasta on w ciągu miesięcy, po czym pod wpływem leczenia wsysa się dość szybko.

Trzecią grupę stanowią przypadki podostrego zapalenia osierdzia występującego często razem z zapaleniem opłucnej. Zapalenia osierdzia przebiegać może zupełnie skrycie i sprawa zasadnicza może być przesłonięta wtórnymi zmianami. Tak np. możemy mieć do czynienia z chorym z ciężką niewydolnością krążenia, nie podejrzewając zupełnie, że zależyć ona może od zrostu osierdzia po przebytym zapaleniu.

Kiedy indziej na pierwsze miejsce wysuwają się zmiany w wątrobie, towarzyszące dyskretnym objawom niewydolności krążenia. W tych przypadkach mamy do czynienia z marskością sercowo - gruźliczą pozrostową. W innych znów przypadkach objawy ze strony serca i wątroby są słabo zaznaczone, a na pierwszy plan wysuwa się ogólny stan chorego, który ginie wśród postępującego ogólnego wyniszczenia.

Z danych podmiotowych za gruźliczym zapaleniem osierdzia świadczy wiek: sprawa ta zdarza się najczęściej w wieku młodzieńczym i dojrzałym. Myślimy też o gruźliczym pochodzeniu sprawy, o ile chory ma rodzinne i osobiste wywiady gruźliczę, t. j. o ile pochodzi z chorej na gruźlicę rodziny lub przebywał choroby, które możemy gruźlicy przypisać (zapalenie opłucnej, otrzewnej, płuc itd.).

Do ustalenia rozpoznania dopomaga badanie płynu uzyskanego przy nakłuciu. Do jego cech charakterystycznych należą:

1) znaczna ilość płynu,
2) limfocytoza,
3) niekrzepliwość pomimo znacznej domieszki krwi,
4) obecność prątków Kocha,
5) wynik dodatni próby biologicznej (szczepienie na śwince).

W rozpoznaniu różnicowym uwzględnić należy:

1) myocarditis chronica — którą to jednostkę jest nieraz trudno wyłączyć, zwłaszcza w przypadkach, przebiegających pod postacią niewydolności krążenia,
2) zapalenie osierdzia gośćcowe: do tego celu służą nam ewentualnie: brak zmian we wsierdziu i nieskuteczność leczenia salicylowego.

Rokowanie w gruźliczym zapaleniu osierdzia jest poważne ze względu na długotrwałość sprawy i czyhającą stale niewydolność krążenia.

W leczeniu uwzględnić należy przede wszystkim stan ogólny, a następnie stan serca. Obok więc leczenia klimatycznego i dietetycznego podawać należy w miarę potrzeby cardiaca (naparstnica, ouabaina, strofantyna). Następnym środkiem leczniczym jest nakłucie osierdzia i wypuszczenie płynu. W przypadkach uporczywie utrzymującej się duszności i narastania szybkiego płynu uciec się należy do nacięcia worka osierdziowego i jego drenowania.

Zespół neuro-anemiczny. (Sur les syndromes neuro-anémiques). Th. Alajouanenine. *Ibid.*

W r. 1887 Lichtem ogłosił po raz pierwszy dwa przypadki niedokrwistości złośliwej w przebiegu której spostrzegał zaburzenia neurologiczne. Podkreślił on wtedy, że niedokrwistość tego typu może dawać objawy neurologiczne, które nazwał wrzekomo - wiądowymi.

Dokładne badania i duża liczba przypadków choroby Biermera spotykana w ostatnich latach pozwoliły zaobserwować i zsystematyzować zespół neurologiczny, spotykany w jej przebiegu. Może on się rozwijać w sposób naśladujący znane dawno poszczególne jednostki chorobowe. Zasadniczo odróżnić można przypadki z zaburzeniami ze strony nerwów obwodowych i pochodzenia rdzeniowego.

Postać rdzeniowa może dać obraz wrzekomowiądowy, porażeniowy i kurczowy.

Przebieg kliniczny przedstawia się zwykle następująco: u osobnika o wieku lat 40 — 45 pojawiają się objawy stopniowo wzrastającego osłabienia, zawroty głowy, zmęczenie, bladość i niekiedy stany podgorączkowe. Jednocześnie pojawiają się zaburzenia czucia w obrębie kończyn górnych a czasem i dolnych jak np. mrowienie, pieczenie, skrzypienie, darcie. Kończyny stają się ciężkie prawie niezdolne do ruchu. Objawy te stopniowo się nasilają a do nich dołączają się inne, jak zaburzenia równowagi i chodu, który jest bezładny i kurczowy. Utrzymanie równowagi staje się przy zamkniętych oczach niemożliwe (objaw Romberga). Siła mięśniowa zginaczy jest znacznie zmniejszona, prostowników prawie niezmieniona. Odruchy ścięgnowe bardzo żywe lub, co zdarza się też często, zniesione. Objaw Babińskiego dodatni. Przy badaniu stwierdza się duże zaburzenia czucia głębokiego (o czym świadczy ostereognozja, próba pięta — kolano, palec — nos) zaburzenia równowagi. Czucie powierzchowne jest zachowane.

Stan chorego, bez leczenia, pogarsza się coraz bardziej, dochodzi do porażeń zwieraczy, trwale utrzymujących się, a następnie porażenia całkowitego.

O ile w tych przypadkach zbadamy krew, spotykamy całkowity obraz niedokrwistości Biermera.

Rzadko kiedy ma się do czynienia z czystym obrazem np. porażenia kurczowego. Zwykle obraz jest bardzo różnorodny i świadczy o zajęciu wszystkich odcinków rdzenia kręgowego.

Rzadko też spotyka się obraz przypominający tylko polyneuritis. Zwykle zespół zawiera niektóre objawy rdzeniowe i obwodowe.

Pochodzenie zespołu neuroanemicznego w przebiegu choroby Biermera nie jest znane. Jedni przypisują rolę tylko niedokrwieniu rdzenia, co pociąga za sobą wtórnie zmiany zwyrodnieniowe. Inni twierdzą, że zespół ten jest objawem ogólnego zatrucia. Wreszcie są zdania twierdzące, iż zmiany w rdzeniu i nerwach są wywołane przez drobnoustroje, rozwijające się obficie w przewodzie pokarmowym na skutek braku kwasu solnego.

Rokowanie zależy od tego, jak wcześnie sprawa zostaje właściwie rozpoznana. Chodzi bowiem o to, by leczenie rozpocząć przed tym nim zmiany w rdzeniu staną się trwałe i nieodwracalne.

Leczenie polega na zasadniczym postępowaniu, mającym na celu poprawienie stanu ogólnego. A więc w myśl ustalonego już sposobu stosuje się energiczne leczenie wątrobą. Wyraźna zależność objawów neurologicznych od sprawy zasadniczej zaznacza się w czasie leczenia: objawy te znikają w czasie leczenia, by pojawić się na nowo w razie dłuższej jego przerwy.

Zwężenie klatki piersiowej. Przemieszczenie serca i szmer nad tętnicą płucną. (Rétrécissement de la poitrine. Sinistrocardie et souffle artériel pulmonaire). J. G é n é v r i e r. *Ibid.*

L a e n n e c zwrócił uwagę na przypadki samoistnego wyzdrowienia chorego z jamą gruźliczą w płucu. Możliwość takiego zakończenia sprawy tłumaczył on stwardnieniem okalających jamę części płuca z następowym ich skurczeniem. Skurczone płuco pociągało za sobą ścianę klatki piersiowej, co wywoływało zniekształcenie klatki piersiowej. Klatka piersiowa po stronie chorej jest węższa i krótsza, międzyżebrza są węższe. Mięśnie piersiowe stają się cieńsze. Kręgosłup pozostaje prosty, lub też wygina się w ten sposób, że staje się pochylonym w stronę chorą.

Opłucna ścienna w przypadkach zarówno zmian płucnych jak i innego pochodzenia zrostów opłucnej zostaje przyciągnięta do płuca, za nią zaś zostaje przeciągnięta ściana klatki piersiowej.

Kurczliwość płuca włóknisto zmienionego spostrzegana była wielokrotnie w przypadkach gruźlicy włóknistej. Znaną też rzeczą jest skuteczność lecznicza takiego skurczenia płuca, która stała się podstawą wprowadzenia leczenia uciskowego.

Rozpatrzyć należy zmiany jakie skurczenie płuca wywołuje w sąsiednich narządach. Ponieważ kierunek kurczenia jest wyznaczony przez środek geometryczny płuca, przeciągnięciu ulega przepona. Zostaje ona ,jako twór cienki, elastyczny i słabo ruchomy podciągnięty ku górze wcześniej, niż nastąpi zmiana położenia ściany klatki piersiowej. Uniesienie przepony w przypadkach samoistnego skurczenia płuca jest podobne do tego, jakie wywołuje się sztucznie przy wyrwaniu nerwu przeponowego. Przepona unosi się dość znacznie (5 — 10 cm).

W przypadkach zmian lewostronnych uniesienie przepony odbija się na położeniu żołądka, który zostaje uniesiony ku górze i unieruchomiony. Wywołuje to niekiedy dolegliwości w postaci utraty łaknienia, odbijań itd.

Następnym narządem, który ulega przemieszczeniu jest śródpiersie, które przy długotrwałości sprawy zostaje ustalone w nowym swym położeniu. Mamy więc do czynienia z prawostronnym ułożeniem serca w przypadkach zmian w płucu prawym lub też w przypadkach przeciwnych powstaje sinistrocardia.

Oglądaniem takiego chorego stwierdzamy: zniekształcenie klatki piersiowej, ścieńczenie mięśni piersiowych po stronie chorej i tętnienie tętnicze w części przymostkowej 3-go lewego międzyżebrza. Uderzenie koniuszkowe natomiast bywa zwykle niewidoczne, na skutek skręcenia się serca dokoła jego pionowej osi z przesunięciem lewej komory ku tyłowi.

Opukiwaniem stwierdza się skrócenie odgłosu wypukowego, łączące się z lewą granicą stłumienia sercowego.

Obmacywaniem okolicy tętnicy płucnej wyczuwa się względnie słyszy tryl skurczowy i wzmocnienie II-go tonu. Nad t. płucną wysłuchuje się wyraźny, szorstki, dość długi szmer skurczowy, rozprzestrzeniający się na małej przestrzeni. Intensywność szmeru może się zmieniać w zależno-

ści od położenia ciała, ruchu i fazy oddechowej, co nasuwa podejrzenie czynnościowego jego pochodzenia.

Chorzy ci mogą odczuwać duszność i bicie serca.

Zespół objawów ze strony tętnicy płucnej jest zwykle bardzo wyraźny. Pochodzenie jego wyjaśnia najlepiej badanie radiologiczne.

Przy dokładnym prześwietleniu stwierdza się, że serce jest przeciągnięte w całości w lewo, skręcone dokoła swej pionowej osi, i że uciśnięty jest pień naczyniowy.

Przeciągnięcie serca w lewo dotyczy przede wszystkim górnej jego części t. zn. pnia naczyniowego. Dolna część t. zn. okolica koniuszka jest mniej ruchoma. W ten sposób cały brzeg lewy sylwetki serca staje się prostolinijny i nie ma żadnych wcięć, ani uwypukleń.

Skręcenie serca powoduje przesunięcie lewej komory ku tyłowi, zaś łuk tętnicy płucnej zbliża się ku przedniej ścianie klatki piersiowej.

Zwężenie pnia naczyniowego, a zwłaszcza tętnicy płucnej, jest zrozumiałe ze względu na jej skręcenie i przyciśnięcie do zapadniętej przedniej ściany klatki piersiowej.

Rzadko kiedy zdarza się, by zniekształceniu klatki piersiowej pochodzenia płucnego, nie towarzyszył zespół zwężenia tętnicy płucnej.

O niegruźliczych zapaleniach płuc odoskrzelowych. (Contribution à l'étude des broncho-pneumonies aigues non tuberculeuses: syndrôme pseudo-tuberculeux d'origine grippale). L. S a y e. *Ibid.*

Udoskonalenie i udostępnienie badania promieniami Roentgena wyodrębniło cały szereg nowych poprzednio nieznanych postaci gruźliczych zmian w płucach i wykazało możliwość istnienia zmian o wyglądzie typowo gruźliczym a pochodzeniu innym.

Możliwość tę podkreślali już różni autorzy. K e l l e r badając dzieci zarażone ascaris stwierdzał u nich bardzo częste powiększenie wnęk i zaostrzenie rysunku oskrzelowego, które to zmiany cofnęły się po ustąpieniu infekcji.

Z u m a r r a g a opisał przypadki zmian o charakterze odoskrzelowego zapalenia płuc u chorych na dur, których pochodzenie niegruźlicze stwierdzone było badaniem anatomo-histologicznym. Ostatnio pojawiły się bardzo częste doniesienia o naciekach w płucach w przebiegu lub też bezpośrednio po ostrym ropnym zapaleniu migdałków. Rentgenogramy tych chorych wydają się przemawiać za gruźliczym pochodzeniem zmian.

W ostatnim okresie częstych epidemii grypowych częste są również powikłania płucne. Zapalenia płuc na tym tle mają przebieg nieraz bardzo ostry i gwałtowny, lub powolny z przedłużającym się okresem zdrowienia. Niekiedy przebiegają one zupełnie bezobjawowo i tylko wysoka gorączka i obraz radiologiczny pozwala sprawę rozpoznać. Przeciw sprawie gruźliczej przemawiają ujemne wyniki badania bakteriologicznego plwociny oraz zupełne cofnięcie się zmian po skończeniu sprawy.

Obraz rentgenologiczny takiej „płucnej" grupy przedstawia się w sposób dość charakterystyczny. Najczęściej mamy do czynienia z licznymi drobnymi ogniskami odoskrzelowymi, rozrzuconymi po całym płucu. W przypadkach, gdy ogniska te obejmują tylko jeden płat i ułożone są dość gęsto, dopiero dokładne badanie pozwala odróżnić ten obraz od płatowego zapalenia płuc.

Po przebyciu grypy u gruźlików pojawiają się nieraz świeże nacieki gruźlicze, w innych przypadkach odświeżają się stare ogniska. Nowe ogniska umiejscowione są najczęściej w okolicy podobojczykowej.

Ale i w przypadkach gdy mamy do czynienia z chorym na grypę, który dawniej chorował na gruźlicę, a który ma szary naciek zapalny w płucu, myśleć można z dużym prawdopodobieństwem o nieswoistym jego charakterze, za czym przemawiają znów brak prątków Kocha w plwocinie, a później całkowite jego wessanie się w krótkim czasie.

Pamiętać trzeba, że na podstawie dużego materiału klinicznego i doświadczenia wielu autorów stwierdzono, że prawie każda sprawa zakaźna ogólna może wywołać zmiany zapalne w płucach. Ostatnio podawano przypadki odoskrzelowego zapalenia płuc enterokokowego i gośćcowego. Przebieg niegruźliczej sprawy płucnej bywa często bardzo ciężki i gwałtowny, leczenie jednak może być łatwiejsze ze względu na wyleczalność sprawy zasadniczej.

Dla łatwiejszego ustalenia tła sprawy płucnej przytoczę krótkie zestawienie objawów różnicowo-rozpoznawczych.

Zapalenie płuc niegruźlicze pogrypowe rozpoczyna się ogólnym niedomaganiem i gorączką powoli i łagodnie następującą.

Zapalenie gruźlicze odoskrzelowe pojawia się najczęściej u chorych młodych, którzy z gruźlicą mieli już do czynienia, t. zn. sami chorowali lub z chorymi się stykali.

Sprawa nieswoista nie rozpoczyna się prawie nigdy krwiopluciem, które tak często pojawia się na samym początku gruźliczego odoskrzelowego zapalenia płuc. Przy sprawie gruźliczej stan ogólny jest bardzo ciężki, czego nie ma w innych przypadkach.

Ogniska niegruźlicze umiejscawiają się najczęściej w płatach dolnych, podczas gdy gruźlicze zajmują zwykle płaty górne, zwłaszcza okolicę podobojczykową.

Obraz radiologiczny niegruźliczy przedstawia się w postaci ogniska odoskrzelowego lub płatowego zapalenia płuc.

Ognisko to jest ściśle odgraniczone, zwykle umiejscowione w dolnym płucu, nie przedstawia zwykle objawów rozpadu i nie wciąga w sprawę opłucnej. Dokoła ogniska tkanka płucna jest niezmieniona. Sprawa jednostronna.

Ognisko gruźlicze bywa również najczęściej jednostronne, ale nieraz zdarzają się zmiany krwiopochodne w płucu drugim, umiejscowione najczęściej w płucu górnym. Po środku ogniska zapalnego szybko pojawiają się objawy jamy. Ognisko jest otoczone tkanką płucną zmienioną: przekrwioną z objawami znacznego nieżytu. Często zaatakowana jest również sąsiednia opłucna.

Sprawa niegruźlicza trwa na ogół krótko t. j. 1 — 2 tygodnie. Zmiany rentgenologiczne szybko się cofają, nie pozostawiając żadnych śladów.

Zapalenie odoskrzelowe gruźlicze trwa długo, najkrócej 3 — 6 tygodni. Po jego skończeniu pozostają zmiany rentgenologiczne w postaci

stwardnienia, pasmowatych zmian włóknistych i niekiedy jamy.

Ostatnim momentem rozpoznawczym są badania bakteriologiczne, biologiczne i odczyn tuberkulinowy.

Białkomocz okresowy młodzieży. (Les albuminuries intermittentes des grands enfants et des adolescents). A. B. M a r f a n. *Ibid.*

Obecność białka w moczu starszych dzieci i młodzieży niepokoi niekiedy niepotrzebnie rodzinę i lekarza. Może ona bowiem zależyć od spotykanego dość często w młodym wieku białkomoczu okresowego.

Zasadniczą cechą tego białkomoczu jest fakt, że jest on niestały i że nie towarzyszą mu żadne objawy zmian nerkowych (krwinki, wałeczki itd.).

Odróżnić można kilka rodzajów białkomoczu okresowego zależnie od jego pochodzenia. Istnieje więc białkomocz: 1) ortostatyczny, 2) po zmęczeniu, 3) pokarmowy, 4) cykliczny.

Ilość białka w moczu jest niewielka, waha się w dziesiątych częściach procentu.

B i a ł k o m o c z o r t o s t a t y c z n y zależy od długotrwałego przebywania w pozycji stojącej. Najczęściej nie ma go w moczu oddanym rano, występuje natomiast w moczu dziennym. W okresie białkomoczu mocz jest gęsty, ciemniejszy, ilość jego jest mniejsza.

J e h l e tłumaczy pochodzenie białkomoczu ortostatycznego w sposób następujący: u osób na ogół słabszych, astenicznych pod wpływem pozycji stojącej wytwarza się okresowo lordoza na poziomie od II-go do IV kręgu lędźwiowego. Kręgi te uciskają żyły nerkowe i wywołują przekrwienie żylne nerek. Mocz jest więc jakby zastoinowy.

B i a ł k o m o c z w y s i ł k o w y pojawia się po większych wysiłkach fizycznych.

B i a ł k o m o c z p o k a r m o w y jest nieco rzadszy. Występuje on w 1 — 2 godziny po posiłku, niezależnie od jego jakości, zwiększa się tylko po pokarmach obficie białkowych.

Białkomocz cykliczny jest bardzo rzadki. Jest to białkomocz, który pojawia się codziennie o tej samej godzinie, zwykle z samego rana lub wczesnym popołudniu bez żadnej uchwytnej przyczyny i znika po kilku godzinach.

B i a ł k o m o c z o k r e s o w y bywa zwykle wykrywany przypadkowo. Dla zbadania jego charakteru trzeba badać mocz w kilka godzin w czasie zwykłego trybu życia, a następnie w warunkach wywołujących białkomocz t. zn. po wysiłku, chodzeniu, posiłku.

Białkomoczowi okresowemu towarzyszą niekiedy objawy ogólnego osłabienia jak podciśnienie tętnicze, bóle głowy i osłabienie. Nie jest to skutkiem, ani przyczyną białkomoczu — lecz są to objawy obok siebie istniejące.

Bóle głowy spotykane u młodzieży zwane niekiedy „bólami głowy okresu wzrostu” nie mają żadnej określonej przyczyny. Są to tępe bóle o charakterze gniecenia, umiejscowione najczęściej w okolicy czołowej.

Ci sami młodzi ludzie są na ogół słabi, znuże-

ni i łatwo ulegają zmęczeniu po pracy fizycznej i umysłowej; ciśnienie krwi waha się u nich około 100 cm rtęci, czasami wysokość jego jest zmienną, zależną od położenia ciała.

Białkomocz młodzieńczy występuje zwykle po raz pierwszy w wieku 11 — 12 lat i okresowo pojawia się do lat 18, rzadko kiedy dłużej. Jaka jest zależność między nim a rozwojem i zdrowiem młodzieży nie wiadomo. Jedni mówią, że białkomocz okresowy uspasabia później do chorób nerek. Inni twierdzą, że białkomocz jest objawem słabszej budowy i tym samym mniejszej wartościowości fizycznej. Rzeczywiście ludzie ci zdają się być później bardziej podatnymi na wszelkie choroby.

Pochodzenie okresowego białkomoczu u młodzieży nie jest znane. Wiadomą bowiem rzeczą jest, że do powstania białkomoczu jest potrzebne zwolnienie obiegu krwi w nerkach — zmiany w komórkach nerkowych. Zwolnienie obiegu krwi można wytłumaczyć np. już wymienioną lordozą. Drugi czynnik natomiast jest niepewny. Istnieje przypuszczenie, że białkomocz powstaje u dzieci, których rodzice chorowali na nerki lub skazę dnawą, a więc dzieci tę są jakby dziedzicznie usposobione do choroby nerek. Inni podają, że białkomocz jest pozostałością przebytych chorób zakaźnych.

Przypuszczają też, że białkomocz okresowy zależy od czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Leczenie białkomoczu u młodzieży w przypadkach, gdy nie mamy dla niego żadnej przyczyny, polegać będzie tylko na miernym ograniczeniu wysiłków fizycznych. Nie należy natomiast stosować diety takiej jakby dotknięty białkomoczem osobnik był chory na nerki. O ile podejrzewamy jakieś tło zasadnicze, jak np. gruźlicę lub kiłę wrodzoną, należy zastosować leczenie przyczynowe.

CHOROBY NERWOWE

Dwa przypadki ropni mózgu, wyleczonych nakłuciem pojedyńczym lub powtarzanym i pneumografią. (Sur deux cas d'abscès cérébral guéris par ponction, unique ou répétée, et pneumographies). Patrikios i Sbarouinis.

Revue Neurologique t. 69 Nr. 2, luty 1938.

W dwóch przypadkach ropni mózgu (płata czołowego i potylicznego) autorzy stosowali tylko nakłucia i obserwowali wyleczenie, trwające od dwuch i pół lat. Autorzy są zdania, że nakłucie należy zawsze stosować przed przystąpieniem do wyłuszczenia ropnia „en masse". Dla określenia umiejscowienia, kształtu i dokładnych granic ropni według doświadczenia autorów wskazane jest stosowanie pneumografii ropni bez żadnej krzywdy dla chorego, ale bezpośrednio po pierwszym nakłuciu.

Ostre zapalenie rogów przednich rdzenia z odruchem podeszwowym wyprostnym wskutek zaniku zginacza palucha. (Poliomyélite antérieure aiguë avec réflexe cutané plantaire en extension par atrophie du fléchisseur du gros orteil). Laignel-Lavastine i Mignot.

Revue Neurologique t. 69 Nr. 2, luty 1938.

W przebiegu choroby Heine - Medina często obserwowano dodatni objaw Babińskiego; w większości przypadków zależne to jest od zaatakowania przez sprawę chorobową dróg piramidowych; czasami występuje odmienny mechanizm: wskutek nierównomiernego rozmieszczenia porażeń grup agonistycznych i antagonistycznych mięśni palucha zjawiają się warunki, przy których podrażnienie skóry podeszwy wywołuje zgięcie grzbietowe palucha. Oczywiście przyjęcie podobnego wytłumaczenia może nastąpić tylko wówczas, kiedy badanie prądem elektrycznym wykryje rzeczywiście różnicę w porażeniach zginaczy i prostowników palucha. Ma się wówczas do czynienia z t. zw. „objawem Babińskiego pochodzenia obwodowego".

Zaburzenia neurologiczne, zależne od transfuzji krwi. (Accidents nerveux consécutifs à la transfusion sanguine). Lhermitte, Mouzon i Susic.

Revue Neurologique t. 69 Nr. 2, luty 1938.

49-letniemu choremu z powodu uporczywych obfitych wymiotów krwawych zastosowano transfuzję krwi. Natychmiast po jej ukończeniu zaobserwowano wybitne podniecenie psychoruchowe ze splątaniem, marzeniami sennymi i omamami wzrokowymi o przerażającej treści; w 9 dniu wtedy, kiedy splątanie zaczynało się rozpraszać, chory doznał zupełnego porażenia połowiczego z obustronnym objawem Babińskiego. Po siedmiu latach porażenie połowicze nie poprawiło się, przyłączyły się natomiast drgawki typu jacksonowskiego po stronie lewej. Autorzy podkreślają rzadkość tego typu powikłań seroterapii, tłumacząc porażenie rozmiękaniem wskutek zakrzepu tętnicy szczeliny Sylwiusza.

Zapalenie rdzenia kręgowego pochodzenia półpaścowego. (La myélite zostérienne). Lhermitte i Ajurriaguerra.

Revue Neurologique t. 69, luty 1938.

W przypadku półpaśćca w 6 tygodni po wybuchu choroby poza zmianami typowymi w obrębie zwoju kręgowego obserwowano nacieczenia korzonka tylnego i rdzenia na tym samym poziomie. Występowały skupienia limfocytów naokoło naczyń, bujanie komórek mikroglejowych, rozszerzenie naczyń i zmiany wsteczne w komórkach rogów przednich i tylnych.

Przyczynek anatomokliniczny do uszkodzenia jądra czerwonego. (Etude anatomo - clinique d'une lêsion ancienne du noyau rouge). Guillain, Bertrand i Jacqueline Guillain.

Revue Neurologique t. 69, luty 1938.

W przypadku podobnym do jednego z pierwszych, opisanych przez Pierre Marie i Guillaina w 1903 roku, chodziło pod względem klinicznym o zespół porażenia połowiczego dziecięcego z wzmożeniem napięcia mięśniowego i ruchami mimowolnymi po stronie lewej ciała. Badanie anatomo - patologiczne wykryło zmiany części środkowej i grzbietowo - przyśrodkowej jądra czerwonego prawego. W następstwie tych zmian z okresu wczesnego dzieciństwa, obserwowano wtórne zwyrodnienia w obrębie szypuły mózgowej po stronie lewej, zmiany sklerotyczne w jądrze zębatym lewym, zwyrodnienia szlaku środkowego pokrywki i sklerozę komórek oliwki dolnej prawej. W tym przypadku zmiany w oliwce tożsamostronnej i jądrze zębatym przeciwstronnym wskazują na zwyrodnienia bezpośrednie i wsteczne szlaków czerwono - oliwkowych i zębato- czerwonych. Późne rozmięknienie móżdżku, również występujące w tym przypadku, tłumaczy się zmianami troficzny-

mi, uwarunkowanymi zajęciem jądra czerwonego.

Asymetria dynamiczna ramion. Drobny objaw z serii móżdżkowej Babińskiego. (Asymétrie dynamique des deux bras. Un petit signe de la série cérébelleuse de Babiński). S t a t e D r a g a n e s c u i V l a d V o i c o u l e s c o.
Revue Neurologique t. 69, luty 1938.

Jeżeli zdrowemu osobnikowi polecimy podnieść kończyny górne, stale utrzymując je w pozycji wyrostowanej i kiedy na wysokości barków chory na rozkaz je zatrzyma, wówczas zauważymy, że znajdą się one na tej samej wysokości. Mamy tu do czynienia z t. zw. chronometrią ruchów (A n d r é - T h o m a s). W zespołach połowiczych móżdżkowych występuje dyschronometria ruchów, wskutek czego ramiona nie zatrzymają się na tej samej wysokości. Zależne jest to od hipermetrii móżdżkowej Babińskiego.

Rozmiękninie rdzenia powyżej guza przerzutowego zewnątrz oponowego wskutek ucisku naczyń korzonkowych odpowiedniego odcinka. Rola zaburzeń naczyniowych w ostrym przebiegu niektórych ucisków przerzutowych i w wyjaśnieniu objawów ponad-ogniskowych. (Ramollissement médullaire au-dessus d'une tumeur extradurale métastatique par compression des vaisseaux radiculaires correspondants. Rôle des troubles vasculaires dans l'expression évolutive aiguë de certaines compressions métastatiques et dans l'interprétation des symptômes sus-lésionnels). A l a j o u a n i c h e, H o r n e t, U l l m a n n i D e l o r r e.
Revue Neurologique, tom 69 Nr. 2, luty 1938.

W przypadku nowotworu przerzutowego z żołądka, poprzedzonego kilkotygodniowymi bólami korzonkowymi, rozwinął się ostry zespół rdzeniowy. Badanie anatomopatologiczne wykryło ostre rozmiękninie rdzenia wskutek ucisku naczyń korzonkowych obok guza przerzutowego zewnątrzoponowego powyżej guza.
Interesującym faktem było zajęcie niemal całego przekroju rdzenia, podczas gdy naczynia były uciśnięte tylko jednostronnie. Obraz powyższy tłumaczy często obserwowany nagły przebieg przerzutów zewnątrzoponowych. Prawdopodobnie zaburzenia czucia, występujące w przypadkach niedowładów dolnych, kiedy bóle korzonkowe wskazują na niższe odcinki rdzenia, należy sobie tłumaczyć również zmianami naczyniowymi powyżej ucisku rdzenia (skośny przebieg naczyń korzonkowych).

Zespół kauzalgiczny z tetanizacją kończyny górnej po porażeniu prądem elektrycznym. Wycięcie zwoju gwiaździstego. Wyleczenie. (Syndrome causalgique avec tétanisation du membre supérieur après électrocution. Stellectomie). G u é r i s o n, P a t r i k i o s i S b a r o u n i s.
Revue Neurologique, tom 69 Nr. 2, luty 1938.

U konduktora tramwajowego po porażeniu prądem elektrycznym prawego ramienia obserwowano następujący zespół: przeczulicę kończyny dotkniętej obok zaburzeń naczynio-ruchowych, włosoruchowych, nadmiernego pocenia się, i przeczulicy pochodzenia psychicznego o charakterze lękowym, wybitne wzmożenie napięcia mięśniowego w kończynie górnej, posunięte, aż do tetanizacji stałej. Autorzy ujmują ten zespół, jako wyraz maksymalnie nasilonego zespołu kauzalgicznego. Usunięcie zwoju gwiaździstego spowodowało ustąpienie bólów. W wyciętym zwoju nie stwierdzono zmian mikroskopowych.

Zespół parkinsonowski, jako powikłanie ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia kręgowego. (Le syndrôme parkisonien comme complication de Heine-Medin). V. V u j i c i V. R i s t i c.
La Presse Médicale Nr. 46 1938.

W przypadku niewątpliwego zapalenia rogów przednich rdzenia kręgowego z gorączką, silnym poceniem się, bólami w kończynie dolnej prawej po 48 godzinach wystąpiło porażenie wiotkie. W dwa tygodnie później wystąpiły następujące objawy: lekkie opadnięcie lewej powieki, lekki niedowład lewego nerwu twarzowego, drżenie w spokoju kończyn górnych i kończyny dolnej lewej obok temperatury 39° C. Następnego dnia przyłączyła się: hipomimia, zaznaczona hipokineza ze wzmożeniem napięcia typu pozapiramidowego mięśni karku, kończyn górnych i kończyny dolnej lewej. Objawy parkisonowskie były poprzedzone chorobą posurowiczą. Autorzy tłumaczą sobie zespół w sposób następujący: zarazek poliomyelityczny, szerząc się w kierunku dogłowowym zajął okolicę locus niger, ale wskutek autosterylizacji (L e v a d i t i) nie mógł wywołać większych objawów klinicznych, dopiero choroba posurowicza uczynniła drzemiące zakażenie, powodując ostry zespół zapalny. *Z. W. Kuligowski.*

CHOROBY DZIECIĘCE.

Drgawki u dzieci a hypoglikemia. (Convulsions infantiles et hypoglycemie). J. C o m b y. *Archives de Médecine des enfants Nr. 5, maj 1938.*

Drgawki, tak często występujące w pierwszych latach życia, zajmują obszerne miejsce w patologii dziecięcej. Cierpienie to występuje z przyczyn organicznych, jako jeden z objawów urazu porodowego, guza móżdżka, krwiotoków do mózgowia i opon kilaków; może ono także towarzyszyć infekcji lub intoksykacji.

W wielu przypadkach, nie udaje się jednak ustalić istotnej przyczyny drgawek. W tych etiologicznie niejasnych przypadkach stwierdzono, że drgawki występowały u dzieci ze skłonnością do hypoglikemii w okresie przejściowego obniżenia poziomu cukru we krwi.

Hypoglikemia jest zjawiskiem częstym u dzieci poniżej 12 roku życia. Z liczby 572 dzieci zbadanych w tym kierunku u 33, t. j. u 7,5%, poziom cukru we krwi wahał się od 0,5 do 0,6‰. Wszystkie te dzieci nie zdradzały jednakże żadnych objawów hypoglikemicznych.

Od 1930 r. do 1934 r. autor na materiale swego szpitala stwierdził w 11 przypadkach drgawki u dzieci z hypoglikemią, nie przedstawiających poza tym żadnych zmian organicznych i czynnościowych. Większość tych przypadków zaobserwował w r. 1933, gdy systematycznie badano u dzieci krew na cukier.

W jednym z tych przypadków ujawnił się po pewnym czasie zanik kory mózgowej, spowodowany urazem porodowym.

J o s e p h s zebrał 35 przypadków drgawek tego typu. W trzech z nich wykrył potem zmiany organiczne: w 1-ym — gruczolak trzustki, w 2-ch pozostałych — niedomogę wątroby, spowodowaną zwyrodnieniem tłuszczowym.

Hypoglikemia samoistna z napadami drgawek występuje najczęściej u dzieci między 1 — 3 r. życia. Nigdy nie obserwowano jej poniżej 1-go roku życia, rzadko powyżej 3 r. życia.

Występowanie drgawek u dzieci z hypoglikemią częściej spotyka się u chłopców niż u dziewcząt (2 : 1). Z pośród 11 przypadków autora było 8 chłopców i 3 dziewczynki.

We wszystkich tych przypadkach autor miał do czynienia z hypoglikemią czynnościową. Stwierdził on, że u małych dzieci bardzo szybko wyczerpuje się rezerwa glikogenu, co przy niedostatecznej zdolności niedojrzałego ustroju do syntezy glikogenu, prowadzi do hypoglikemii. Poziom cukru we krwi u tych dzieci ulega bardzo znacznemu wahaniu. Ciężkość napadu drgawek zależy nie od bezwzględnego poziomu cukru we krwi, lecz od szybkości spadku tego poziomu. Przy łóżku chorego należy myśleć o drgawkach hypoglikemicznych, jeśli występują one w nocy, z rana, lub w kilka godzin po spożyciu ostatniego pokarmu. Objawami poprzedzającymi mogą być brak łaknienia, wymioty, gorączka i podniecenie ogólne. Objawy te występują czasem na kilka godzin przed wystąpieniem napadu drgawek. Dla rozpoznania ważnym jest zachowanie się poziomu cukru w płynie mózgowo - rdzeniowym. Poziom ten wykazuje często obniżenie jeszcze przed obniżeniem poziomu cukru we krwi. Leczniczo wstrzykuje się dożylnie roztwór glukozy. Niektóre dzieci dobrze oddziaływują na doustne podawanie glukozy, połączone z wstrzykiwaniem suprareniny. Zapobiegawczo stosuje się dietę zakwaszającą. Stwierdzono, że alkalizacja jest czynnikiem, wywołującym napad drgawek. Barrow przypuszczając, że w tych przypadkach chodzi o hyperinsulinemię stosował naświetlania jamy brzusznej małymi dawkami promieni Rentgena. W przypadkach, w których nie osiągnięto poprawy, autor radzi zastosować laparotomię próbną (możliwość istnienia gruczolaka trzustki).

Rokowanie w przebiegu tego cierpienia jest zazwyczaj dobre. Autor w swym materiale nie zaobserwował ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego.

Kilka uwag, dotyczących zwężenia przerostowego odźwiernika u niemowlęcia. (Quelques remarques sur la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson). L o u i s P o u y a n n é.

La Presse Médicale Nr 39/1938.

Zwężenie przerostowe odźwiernika występuje częściej u chłopców niż u dziewcząt. W materiale autora z 35 obserwowanych przypadków 26 przypada na chłopców. Stwierdzenie przez autora tego schorzenia u kilku członków tych samych rodzin przemawia za usposobieniem wrodzonym.

Czasem cierpienie to występuje u osobników z kiłą wrodzoną. Autor przytacza przypadek, dotyczący dziecka, które było operowane z powodu zwężenia przerostowego odźwiernika i w miesiąc po zabiegu zmarło z objawami żółtaczki. Sekcja zwłok wykazała Hepatitis luetica.

Przed zabiegiem należy oznaczyć czas krwawienia i krzepnięcia. W razie wydłużenia czasu krwawienia i krzepnięcia należy przed zabiegiem wykonać przetoczenie krwi.

Autor opiera rozpoznanie na obrazie rentgenologicznym. W żadnym ze swych przypadków nie stwierdził przy obmacywaniu brzucha guza w okolicy odźwiernika, opisywanego przez innych autorów.

Statystyka przypadków przez niego operowanych wykazuje 3% śmiertelności.

Zabiegu operacyjnego dokonuje w znieczuleniu miejscowym. Przebieg pooperacyjny jest zazwyczaj gładki, przeważnie bezgorączkowy. Po zabiegu zjawiają się czasem przejściowe wymioty i wzniesienie ciepłoty, trwające 3 — 4 dni. W jednym przypadku, w krótkim czasie po zabiegu, wystąpiły drgawki o charakterze tężyczkowym, w drugim — ostre rozszerzenie żołądka.

Postać krwiotoczna zwężenia przerostowego odźwiernika u niemowlęcia. (Forme hémorragique de la sténose hypertrophique du pyrole chez le nourrisson). L. R i b a d e a u - D u m a s, J. C h a b r u n et L o e v e.
Revue Française de Pediatrie Nr 5/1937.

Autorzy opisują przypadek, dotyczący dziecka ze zwężeniem przerostowym odźwiernika, u którego pierwszym objawem schorzenia przewodu pokarmowego były wymioty krwawe. Wymioty te pojawiły się po raz pierwszy w 4 dni po urodzeniu — jeszcze przed wystąpieniem wymiotów treścią pokarmową. W 4 tygodniu życia dziecko poddano zabiegowi operacyjnemu. Stan ogólny dziec-

ka poprawił się, wymioty treścią pokarmową ustąpiły. Wymioty krwawe zjawiły się jeszcze kilkakrotnie do 4 miesiąca życia dziecka, po czym samoistnie zniknęły.

Przyczyna wymiotów krwawych u niemowląt z przerostem odźwiernika jest dostatecznie wyświetlona. Tło sprawy stanowią często kiła wrodzona lub skaza krwiotoczna.

W opisanym przez autorów przypadku dziecko pochodziło z rodziny zdrowej klinicznie i serologicznie.

Czas krwawienia i krzepnięcia u dziecka nie przedstawiał odchyleń od normy.

Autorzy przypuszczają, że w ich przypadku źródłem krwawienia mogły być liczne wybroczynki krwawe z naczyń śluzówki żołądka, lub powierzchowne owrzodzenia śluzówki odźwiernika. Opierają się na spostrzeżeniach H e r t z a i K l e i n s c h m i d t a, którzy na materiale sekcyjnym stwierdzili w 2 przypadkach współistnienie przerostowego zwężenia odźwiernika i powierzchownych owrzodzeń wielkości ziarna soczewicy w śluzówce odźwiernika. Przypadki te przyżyciowo przebiegały z wymiotami krwawymi.

Czy trzeba operować każdy przypadek zwężenia przerostowego odźwiernika u niemowlęcia. (Faut-il opérer chaque cas de sténose hypertrophique du pylore du nourrison?). R. B a r a ń s k i i M. B u s s e l.

Revue Française de Pédiatrie Nr 5 1937 r.

Chociaż zwężenie przerostowe odźwiernika jest schorzeniem dokładnie znanym z punktu widzenia klinicznego, to nie ma dotychczas zgodności w metodach jego leczenia.

Zdaniem autorów sprawa wyboru postępowania zachowawczego, czy też zabiegu operacyjnego powinna być uzależniona od ciężkości przebiegu danego przypadku.

Przypadki lżejsze nadają się raczej do leczenia zachowawczego, cięższe wymagają wykonania zabiegu operacyjnego.

Do ciężkich należy zaliczać te przypadki, w których:

1. Dziecko wymiotuje więcej niż połowę spożytego pokarmu
2. Dziecko wymiotuje treścią pokarmową po przerwie nocnej
3. Sondowanie żołądka wykonane w 3 godz. po jedzeniu wykazuje zatrzymanie 50% spożytego pokarmu.
4. Zwężenie odźwiernika stwierdzone badaniem rentgenologicznym jest tak znaczne, że uniemożliwia zupełnie przechodzenie treści konstrastowej z żołądka do dwunastnicy
5. Krzywa wagi wykazuje gwałtowny spadek i szybko postępujące wyniszczenie
6. Zjawiają się objawy odwodnienia: zmniejszenie sprężystości skóry, zapadnięcie ciemienia, zagęszczenie krwi, skąpomocz, lub bezmocz
7. Występują objawy zatrucia, wyrazem których są zaburzenia naczynio-ruchowe, zaburzenia ze strony systemu nerwowego (apatie, brak łaknienia, senność, znaczne napięcie mięśni, drgawki).

Inne objawy jak: widoczność fal peristaltycz-

nych, guz w okolicy odźwiernika wyczuwalny przy obmacywaniu jamy brzusznej, znaczny stopień rozszerzenia żołądka, gwałtowne wymioty i obniżenia ciepłoty ciała, nie mogą być miernikiem ciężkości przypadku.

Leczenie zachowawcze należy stosować:

1. U dziewczynek (doświadczenie uczy, że to leczenie daje u dziewcząt dobre wyniki)
2. U dzieci powyżej 3 miesięcy życia.

Jednak i tutaj wskazania do wyboru tej, czy innej metody należy uzależniać od stanu ogólnego.

W razie powikłań zakażeniem pozajelitowym autorzy uważają, że bezwzględne przeciwskazanie do wykonania zabiegu istnieje tylko w przypadkach, gdzie obecność tego zakażenia może stanowić źródło zapalenia otrzewny (posocznica, ciężkie odoskrzelikowe zapalenie płuc, ciężka czyraczność). Inne zakażenia (nieżyt nosa i gardzieli, zapalenie ucha środkowego, ropomocz) nie stanowią przeciwwskazania do wykonania zabiegu. Autorzy uważają, że w przypadkach dość dobrego stanu ogólnego można i trzeba przeczekać kilka dni. Jeżeli jednak choroba wikłająca przewleka się, a stan dziecka wskutek wyniszczenia i odwodnienia się pogarsza, należy stanowczo operować. Dziecko zyskawszy możność lepszego odżywiania tym łatwiej zwalczy zakażenie pozajelitowe.

W każdym przypadku zakażenia pozajelitowego należy zbadać ucho środkowe, a w razie ujemnego wyniku tego badania wykonać przecięcie błony bębenkowej.

Należy pamiętać, że wzniesienie ciepłoty, drobne trzeszczenia wysłuchiwane u podstawy płuc zdarzają się często u dzieci wyniszczonych i odwodnionych i przy braku innych objawów zapalenia odoskrzelikowego płuc nie powinny być traktowane, jako jego objaw.

Wpływ klimatu i ćwiczeń fizycznych na przebieg cukrzycy u dzieci. (Diabète infantile. Exercise et changements climatiques). G. M o u r i q u a n d e t J. S a v o y e.

Archives de Médecine des enfants Nr 5 — maj 1938.

Wpływ klimatu i świczeń fizycznych jest oddawna znany i wykorzystywany, jako czynnik poprawiający stan zdrowia dorosłych chorych na cukrzycę i w przypadkach niezbyt ciężkich powinien być wypróbowany przed zastosowaniem insuliny. U dzieci postępowanie tego rodzaju jest zbyt ryzykowne i nie daje spodziewanych rezultatów.

Natomiast leczenie dzieci insuliną, prowadząc do znacznej poprawy stanu ogólnego, stwarza warunki do dobrego wykorzystania czynnika ogólnie wzmacniającego, jakim jest ruch na świeżym powietrzu.

Autorzy przytaczają 4 przypadki dzieci, które były leczone insuliną w dawkach od 15 — 60 jednostek dziennie (zależnie od ciężkości przypadku przez okres czasu wynoszący przeciętnie jeden rok). Stan ogólny dzieci uległ pod wpływem tego leczenia znacznej poprawie. Jednak cukromocz stale utrzymuje się.

W pewien czas po wyjeździe na letnie wakacje na wieś u 2-ga z tych dzieci po zwykłej dawce insuliny wystąpił wstrząs hypoglikemiczny. Badanie moczu cukru nie wykazało. U dwojga pozostałych dzieci, u których systematycznie badano mocz na cukier, zaobserwowano także zniknięcie cukromoczu.

Znamienny jest fakt, że w dni deszczowe, w które dzieci pozostawały bez ruchu w domu, w moczu pojawiały się ślady cukru.

U wszystkich tych dzieci odstawiono insulinę, mimo to stan ich stale poprawiał się.

Po powrocie do warunków zwykłych w mieście poziom cukru w moczu tych dzieci stopniowo się podnosił i zaszła znów konieczność stosowania insuliny.

Opierając się na tych spostrzeżeniach autorzy zalecają jak największą ostrożność w stosowaniu insuliny u dzieci, które zmieniają warunki klimatyczne.

P. Wójciak.

CHIRURGIA

Leczenie wczesnej pooperacyjnej niedrożności jelitowej. (L'occlusion post-appendiculaire précoce et son traitement par l'anastomose iléo-sigmoïdienne au bouton de Villard). H. G o d a r d.

Revue de Chir. Nr 1, 1938.

Objawy mechanicznej niedrożności jelitowej występują w ciągu 15 dni po operacji, najczęściej między 4 a 6-tym dniem. L e v e u f podał w swej statystyce 3% tego rodzaju powikłań w przypadkach operacji z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Niedrożność wywołana jest tu bądź zrostami włóknistymi, wiążącymi jedną z pętli jelita cienkiego, bądź też zlepnym zapaleniem otrzewnej miednicy małej. Operacyjne rozdzielanie tego rodzaju zrostów płaszczyznowych grozi uszkodzeniem ściany jelita i możliwością powstania przetoki kałowej. To też autor wykonuje obecnie inny zabieg znacznie mniej ciężki dla chorego, a prostszy i dający dobre wyniki, mianowicie zespala pętlę jelita cienkiego, znajdującą się tuż powyżej przeszkody, z esicą. Zabieg ten wykonuje w znieczuleniu miejscowym, a cięcie powłok robi na lewym talerzu biodrowym. W przypadkach, dotyczących dzieci, typowe zespolenie jelit przedstawia znaczne trudności ze względu na cienką ścianę jelita. W takim przypadku zespolenie wykonuje za pomocą guzika (b o u t o n) typu Villarda (wielkość średnia). Autor zaznacza, że znieczulenie ogólne jest przeciwwskazane ze względu na następowe wymioty oraz możliwość powikłań płucnych. Do uchwycenia pętli jelita cienkiego używa autor specjalnych klampów, osłoniętych gumą, jako mniej uszkadzających kiszkę. W ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu objawy niedrożności ustępują, a stan ogólny poprawia się. Po 2 — 3 dniach chory ma samoistne wypróżnienie, najczęściej płynne. Guzik zespalający oddziela się sam po 6 — 8 dniach i zostaje wydalony. Na zakończenie autor podaje krótki opis 6 leczonych przez siebie przypadków, w których wiek pacjenta wahał się między 5 a 14 rokiem życia, wszystkie — z wynikiem leczenia dobrym.

Wolne przeszczepy skóry całkowitej. (Les greffes libres de peau totale). D u f o u r m e n t e l.

Revue de Chir. Nr 1, 1938.

Pod nazwą „skóry całkowitej” autor rozumie przeszczep skóry, składający się ze skóry właściwej z częścią tkanki podskórnej zawierającej gruczoły. Przeszczepy wykonywać można jedynie z własnej skóry chorego. Najważniejszym momentem zabiegu jest szczelne przyłożenie i umocowanie przeszczepu do podłoża, które powinno być również odpowiednio przygotowane. Znacznie lepsze rezultaty dają przeszczepy na świeżej ranie np. po usunięciu blizny, znamienia, niż przeszczepy na ranę starą, leczoną, a często zakażoną wtórnie. W tym drugim przypadku należy taką ranę dokładnie przemyć 1‰ roztworem azotanu srebra, płynem Dakina lub tp.

Przeszczep pochodzić musi z zupełnie zdrowego odcinka skóry, i pobrany być może dopiero wówczas, gdy podłoże dlań jest już całkowicie przygotowane. Przeszczep nie powinien stykać się z czynnikami ścinającymi białko lub odwadniającymi, jak: alkohol, nóż elektryczny, oziębienie lub przegrzanie. Jak już zaznaczono od dokładnego przylegania przeszczepu do rany zależy wynik pooperacyjny. Unikać więc należy powstawania krwiaków przez dokładne zaopatrzenie naczyń oraz przesiękania płynu między tkankowego przez pewien ucisk opatrunkiem. W miejsce nie nadających się do ucisku zwykłym opatrunkiem, jak oczodół, nos, ucho, ucisk ten można wywołać przez nałożenie na opatrunek masy woskowej. Opatrunek pozostaje niezmieniony przez 8 — 10 dni od operacji. Szczegół ten ważny jest ze względu na świeżość i delikatność zrostów, które mogłyby ulec przerwaniu.

Ubytki w skórze kończyn autor pokrywa skórą z brzucha. Ubytki na owłosionych częściach twarzy — również skórą owłosioną (broda, brwi). W tych przypadkach tkanka podskórna przeszczepu musi być dostatecznej grubości i zawierać mięśnie włosowe nieuszkodzone. Mimo przyjęcia się przeszczepu włosy wypadają i dopiero po kilku tygodniach odrastają nowe. Ubytki powieki, pokrywane są bądź skórą z drugiej powieki, bądź skórą z fałd poza małżowiną uszną. Z tej samej okolicy pobiera się skórę do plastyki nosa.

Wolne przeszczepy skóry mają szerokie zastosowanie szczególnie przy plastyce twarzy, gdyż rezultaty kosmetyczne są znacznie lepsze, niż przy przeszczepach uszypułowanych.

Leczenie spiralnych złamań podudzia. (Traitement des fractures diaphysaires spiroïdes de jambe). M o r e l.

Thèse de Lyon 1937.

Uwagi autora dotyczą jedynie spiralnych złamań podudzia. Omawiając kolejno zalety i wady

leczenia tego rodzaju złamań na drodze bezkrwawej i krwawej autor stwierdza co następuje: bezkrawawe leczenie ortopedyczne pomimo szeregu udoskonalonych aparatów wyciągowych i kontroli rentgenowskiej nie daje dobrych wyników zarówno pod względem anatomicznym, jak i czynnościowych.

Operacyjne zespalanie odłamków przedstawia wg autora pewne ryzyko infekcji jakkolwiek wyniki pod względem anatomicznym są znacznie lepsze. Ponad te metody leczenia autor przekłada sposób prof. B e r a r d a, który po bezkrwawym nastawieniu odłamków utrzymuje je w tym położeniu przez wbicie po przez skórę do każdego z nich pionowo do osi podłużnej kończyny — po jednym gwoździu — klamrze, których końce zewnętrzne zostają umocowane i unieruchomione przez nałożony następnie na podudziu opatrunek gipsowy. W ten sposób ustawione i utrzymane odłamy nie mogą już ulec przemieszczeniu wtórnemu. Obserwacje 9 chorych leczonych w sposób powyższy oraz załączone rentgenogramy stwierdzają dobry wynik tego sposobu leczenia.

Leczenie pooperacyjnych przetok jelita cienkiego. (Étude des fistules persistantes du grêle après entérostomie pour occlusion intestinale). Y o v a n o v i t s c h.

Autor stwierdza, że powstanie przetoki jelita cienkiego po zespoleniu jelitowym wykonanym z powodu niedrożności — jest na ogół powikłaniem dość rzadkim. Ze względu na znaczne wyniszczenie chorego oraz na drażniące działanie zaczynów trawiennych jelita na skórę — powikłanie to wymaga zawsze zabiegu operacyjnego, wykonanego wcześnie. Autor opisuje 10 przypadków tego rodzaju leczonych przez siebie z wynikiem dobrym. Umiejscowienie przetoki i wiek chorego mają duże znaczenie dla przebiegu pooperacyjnego. Przetoki jelita biodrowego są mniej groźne, niż przetoki jelita czczego. Przed operacją należy zawsze rentgenologicznie ustalić odcinek jelita z przetoką. Operacja w przypadkach lżejszych ogranicza się do wycięcia brzegów i zeszycia otworu przetoki, w przypadkach cięższych — autor wykonuje wycięcie części jelita i następowe zespolenie końca z końcem lub boczne.

J. Czyżewska

ORTOPEDIA.

Odległe wyniki osteosyntezy. (Les resultats éloignés de l'ostéosynthése). H a m a n t i G r i m a u l t.

Bull. chirurg. des Accidents du travail. Nr 76. 1937.

Na podstawie 450 przypadków operacyjnego zespolenia odłamów, uważają autorzy, że technika osteosyntezy za pomocą płytek i gwoździ Zambottea jest łatwa do opanowania i że operacja ta jest mało niebezpieczna a daje wyniki dobre. Zaespolenie odłamków kostnych płytką kostną jest zabiegiem bardziej złożonym, który powinien znajdować zastosowanie jedynie u osobników młodych, wiadomo bowiem, że ciała metalowe mogą wpływać ujemnie na wzrost kości.

Odległe wyniki rezekcji trzonów kości w leczeniu ostrego zapalenia szpiku. (Resultats éloignés des résections diaphysaires dans les ostéomyelites aiguës). S o r r e l i G u i c h a r d.

Académie de chirurgie. Nr 29. 1937.

Rezekcja podokostnowa trzonu kości jest wskazana wszędzie tam, gdzie ciężkie objawy chorobowe nakazują stworzyć dobry odpływ ropy z ogniska chorobowego; gdzie rozległe zmiany anatomiczne przemawiają za tym, że kość ulegnie martwicy na dużej przestrzeni. Omawiany zabieg należy stosować również w tych razach, gdzie leczenie bardziej oszczędne, jak nacięcie ropnia podokostnowego albo otwarcie kanału kostnego nie dało oczekiwanej poprawy. Zabieg podokostnowego wycięcia trzonu kości powinien być rozległy; niepowodzenia tej operacji często wynikają właśnie z tego, że usunięto zbyt mało kości. Autorzy radzą zaszywać rurę okostnową, nie szyć natomiast mięśni i powłok, kończynę unieruchomić opatrunkiem gipsowym, opatrunek w ranie zmieniać rzadko, co 15 — 30 dni.

Zarówno doraźne jak odległe wyniki tej metody są bardzo zachęcające. Odradzanie się kości następuje szybciej w tych razach, gdzie okostna w czasie zabiegu była zgrubiała. Odrodzona kość przybiera stopniowo prawidłowy kształt i budowę. Jeżeli sprawa chorobowa nie uszkodziła nasad, wzrost odrodzonej kości odbywa się prawidłowo, ruchy w stawach sąsiednich powracają całkowicie.

Wpływ zaburzeń unaczynienia na wzrost kości. Badania doświadczalne. (L'influence des troubles de la vascularisation sur la croissance des os en longueur. Etude expérimentale). S. P e r e i r a.

Revue d'Orthopédie Nr 2. 1938.

W celu ustalenia, w jakim stopniu gorsze ukrwienie kości upośledza jej wzrost, dokonał autor licznych badań doświadczalnych na młodych 6 — 8 tygodniowych królikach w klinice R. Leriche'a. W jednej serji doświadczeń próbował on pogorszyć ukrwienie kości kończyn przez podwiązanie głównych naczyń kończyny, bądź wyłącznie tętnic bądź też również żył. U innych zwierząt starał się pogorszyć ukrwienie kości kończyn, oddzielając tkanki miękkie od dolnej nasady kości łokciowej i przecinając tę kość o 1½ cm powyżej chrząstki nasadowej. U innych wreszcie zwierząt usuwał autor okostnę i ochrzęstnę z całego obwodu dolnej połowy trzonu kości łokciowej aż do chrząstki nasadowej włącznie, bądź też okostną i ochrzęstną całej kości łokciowej. W pierwszej i drugiej serii doświadczeń ukrwienie chrząstki nasadowej pogarszało się tylko czasowo a mianowicie do czasu wytworzenia krążenia obocznego względnie zrostu przeciętej kości. Upośledzenie ukrwienia chrząstki nasadowej w trzeciej serii doświadczeń miało charakter długotrwały.

Spostrzeżenia nad zachowaniem się chrząstek nasadowych i wzrostem kości trwały od 41 dni do 6½ miesięcy. Kości badano co pewien czas za pomocą promieni Rentgena; dokonano również licznych badań mikroskopowych kości i chrząstek. Wyniki doświadczeń, przedstawiają się, jak następuje:

Podwiązanie tętnicy głównej na kończynie bądź samej bądź razem z towarzyszącą żyłą nie wy-

wierało żadnego uchwytnego wpływu na wzrost kości. Podobnie nie stwierdzono, by na wzrost kości wpływało odcięcie dopływu krwi z trzonu kości do jej nasady. Natomiast odcięcie dopływu krwi uzyskane za pomocą usunięcia okostnej i ochrząstnej z całej kości albo jej połowy wyraźnie hamowało wzrost kości. Z powyższego wynikałoby, że jedynie długotrwałe niedokrwienie chrząstki nasadowej może opóźnić wzrost kości.

Złamania w chorobie Pageta. (Les fractures dans la maladie de Paget). Z. Tavernier i Ch. Lasserre.

Zapatrywania na łamliwość kości dotkniętych chorobą Pageta są wielce rozbieżne. Według jednych autorów złamania te zdarzają się bardzo rzadko. Np. Lewin stwierdził złamanie tylko u 15 chorych na 251 spostrzeganych przypadków. Rzadkość złamań próbuje się tłumaczyć zgrubieniem, stwardnieniem oraz większą elastycznością chorej kości. Przeciwnie znów wielu innych autorów sądzi, że kości w omawianym cierpieniu są bardzo łamliwe i złamania zdarzają się często. W materiale Zoosera złamania wystąpiły u 19% chorych.

Powyższą rozbieżność poglądów tłumaczy Schmoil tym, że na początku choroby Pageta kości zawierają mało wapna i są łamliwe, natomiast w okresach choroby późniejszych stają się bardziej uwapnione i mocne.

Według Teverniera i Zasserre'a większa albo mniejsza łamliwość kości w chorobie Pageta zależy nie od okresu rozwojowego tego cierpienia, lecz od rodzaju postaci anatomicznej w jakiej omawiana choroba się przejawia. Twierdzą oni, że zmiany przedstawiające się na zdjęciach rentgenowskich w postaci klasycznej nie są skłonne do złamań. Złamania urazowe powstają i przebiegają tak samo jak złamania kości prawidłowych. Złamania patologiczne wystąpić mogą jedynie w razie zwyrodnienia nowotworowego w ognisku chorobowym w kości albo w razie daleko posuniętego odwapnienia w takim ognisku. Łatwo natomiast ulegają złamaniu kości, w których zmiany w obrazie rentgenowskim są mniej typowe a polegają głównie albo wyłącznie na silnym i jednolitym zagęszczeniu. Kości takie—mimo, że są silnie uwapnione—łamią się już pod wpływem słabych urazów a nawet zupełnie samoistnie. Tego rodzaju postać choroby Pageta widuje się najczęściej w kości udowej. Złamanie występuje tuż pod krętarzem i bywa poprzeczne; kość na zdjęciu wygląda jak po osteotomii podkrętarzowej. Złamanie bywa mało bolesne, zrost następuje szybko bez tworzenia dużej blizny.

Autorzy przytaczają 7 własnych spostrzeżeń.

Przypadek zgorzeli gazowej wyleczony dotętniczym podawaniem surowicy i merkurochromu. (Un cas de gangrène gazeuse traitée par le sérum et le mercurochrome intra-artériels. Guérison). J. Henriet.

Revue d'Orthopédie. Nr 6. 1937.

Dotętnicze wprowadzanie leków zostało zapoczątkowane jeszcze przed wojną światową przez

Leriche'a; ostatnio rozpowszechnia się ono coraz bardziej. Autor leczył skutecznie kilkadziesiąt przypadków ropnego zapalenia szpiku kostnego, ropnego zapalenia stawów i pochewek ścięgien oraz ropni i ropowic za pomocą merkurochromu, stosowanego dotętniczo. Dokładniej opisuje przypadek zgorzeli gazowej kończyny dolnej, gdzie udało się uniknąć odjęcia, stosując duże ilości surowicy przeciwzgorzelinowej podawanej podskórnie, dożylnie i dotętniczo. Dobry wynik leczenia przypisuje autor głównie temu, że surowicę stosował dotętniczo; wstrzykiwał ją do tętnicy udowej za pomocą zwykłego nakłucia. Wykonał ogółem 12 wstrzyknięć, wprowadzając przy tym 105 ccm surowicy i 5 ccm 2% rozczynu merkurochromu.

Kolce piętowe. (Les épines calcanéennes). P. Forton.

Journ de méd. de Bordeaux Nr 26. 1937.

Usadowione na kości piętowej twory kostne o kształcie kolców widuje się najczęściej na dolnej powierzchni kości. Spotykają się jednak również na powierzchniach innych; w jednym z przypadków autora kolec znajdował się na tylnej powierzchni kości piętowej z przodu od ścięgna Achillesa. Patogeneza tych tworów nie jest dostatecznie wyjaśniona. Częściej, jak się zdaje, stanowią one zejście procesów zapalnych w wiązadłach stopy, rzadziej natomiast mają za punkt wyjścia kość właściwą. Jeżeli punktem wyjścia omawianych tworów kolczastych jest istota kostna, mają one budowę beleczkowatą, a zarysy bardzo wyraźne.

Kolce powstałe na tle zwapnienia albo okostnienia więzadeł ustępują niekiedy pod wpływem leczenia zachowawczego (rentgen); wychodzące zaś z kości wymagają zawsze leczenia operacyjnego.

Ostrowski

CHOROBY OCZU.

Oftalmologia w 1937 r. (L'ophtalmologie en 1937). G. Cousin. (Dokończenie).

Paris Medical Nr. 36, septembre 1937.

Jako II rodzaj guzów okolicy siodełka tureckiego autor wspomina guzy poza i podsiodełkowe. Są to przede wszystkim nowotwory złośliwe, stwierdzamy wówczas: niedowidzenie połowicze, częstokroć nietypowe, rozwiniętą i bliską zanikowi tarczę zastoinową, zaburzenia oczne ruchowe i czuciowe. Brak zespołu przysadkowego. W obrazie rentgenowskim stwierdzimy rozległe zniszczenie siodełka i sąsiednich części kostnych, oraz mniej lub więcej rozsiane zwapnienie.

Leczenie bezskuteczne.

Na koniec do III-ciej grupy należą guzy ponadsiodełkowe, trafiające się często i dość trudne do rozpoznania. Wymagają leczenia operacyjnego.

Badanie promieniami Rentgena daje niezbędne wskazówki dotyczące umiejscowienia guza.

Do powyższej grupy należą również duże guzy kieszonki Rathkego wychodzące z siodełka tureckiego. Objawy: dwuskroniowe niedowidzenie połowicze, tarcza zastoinowa, zanik nerwu wzrokowego, zmienny zespół przysadkowy, zniszczenie ściany siodełka. Jako jedyne leczenie — operacja, rokowanie poważne.

Meningiomy ponadsiodełkowe należą do tej samej grupy.

Objawy oczne: dwuskroniowe niedowidzenie połowicze, często poziome, późna tarcza zastoinowa, wczesny zanik nerwu wzrokowego o stale postępującym przebiegu.

W obrazie rentgenowskim obraz zmienny: mniej lub więcej rozległe zamglenia (wskutek powiększenia wymiarów przednich wyrostków klinowych i małych skrzydeł sitowej). Na początku nieznaczne zaburzenia działalności przysadki. Duże znaczenie rozpoznawcze posiadają pewne oznaki towarzyszące, jak np. brak węchu.

Jedynym racjonalnym leczeniem jest zabieg radykalny.

Na koniec guzy III komory — gliomy lub endoteliomy są istotnymi guzami mózgowymi. Po osiągnięciu rozwoju dają podobne objawy oczne jak guzy ponadsiodełkowe.

Zabieg chirurgiczny z pomyślnym wynikiem udaje się jedynie w małej ilości przypadków.

W schorzeniach innych jak np. pochodzenia urazowego, objawy oczne rzadko są zbliżone do zespołu skrzyżowania; naodwrót, zespół taki nie jest wyjątkiem w kiłowym zapaleniu opon dorosłego osobnika. Nakłucie lędźwiowe posiada duże znaczenie rozpoznawcze. Na rentgenogramie pewne okolice podstawy czaszki wydają się blade, delikatne, odwapnione.

U dzieci zapalenie przewlekłe opon w połączeniu z wodogłowiem może doprowadzić do zespołu przypominającego pod każdym względem objawy wywołane przez guzy siodełka i ponadsiodełkowe.

W przebiegu zapalenia pajęczynówki w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, gdzie skrzyżowanie jest otoczone masą mniej lub więcej zbitą, stwierdzimy: niedowidzenie połowicze typu dwuskroniowego, lub odnosowego, często tarczę zastoinową niezbyt silnie rozwiniętą, zanik nerwu wzrokowego o powolnym przebiegu; brak objawów przysadkowych, jak również stwierdzonych promieniami Rentgena zmian siodełka tureckiego (najwyżej pewne odwapnienie przeważnie przednich wyrostków klinowych i małych skrzydeł kości sitowej).

Zabieg chirurgiczny jest wskazany o ile leczenie zachowawcze jest bezskuteczne.

Hartmann i Guillaumat (Annales d'oculistiques Janvier 1937) wykazują, że guzy opony (oponiaki) ponadsiodełkowe dają obraz podobny do zespołu skrzyżowania nerwów wzrokowych: zanik nerwu wzrokowego w połączeniu z dwuskroniowym niedowidzeniem połowiczym. Rozpoznanie trudne.

Sprawa obniżenia ciśnienia śródgałkowego jest według Magitot niedoceniana. należy zawsze prócz ciśnienia ocznego badać ciśnienie ogólne krwi.

Rozróżniamy trzy rodzaje czynników mających wpływ na zmianę ciśnienia śródgałkowego: stan krążenia ogólnego, krążące we krwi substancje oraz wpływy nerwowe. W chorobowym obniżeniu ciśnienia śródgałkowego czynniki te mogą występować oddzielnie, najczęściej jednak wywierają swój wpływ łącznie. Niektóre rodzaje podciśnienia są wynikiem wad ustrojowych oka, lub występującej rodzinnie krótkowzroczności, inne są spowodowane urazami, zwłaszcza okolicy ciałka rzęsko-

wego, oparzeniami rąbka, oraz zwykłymi urazami powstałymi w czasie zabiegów operacyjnych na gałce, w ostatnim wypadku najczęściej spotykamy odklejenie naczyniówki.

Obniżenie ciśnienia śródgałkowego w odwarstwieniu siatkówki nie należy do objawów stałych. Trafia się dość często, nie jest związane z krótkowzrocznością i jeśli istnieje — upoważnia do przypuszczenia istnienia głębszych zmian w błonach oka.

W zakażeniach i zatruciach możemy często stwierdzić podciśnienie.

Wpływ układu nerwowego ma doniosłe znaczenie na powstanie obniżonego ciśnienia ocznego. śnienia ocznego w przebiegu niektórych chorób Niekiedy spotkamy się z nagłym obniżeniem cinerwowych, najczęściej półpaśca.

P o w i k ł a n i e o c z n e p o r a d y k a l n y m l e c z e n i u z a p a l e n i a z a t o k c z o ł o w y c h i s i t o w y c h mogą według H a l b r o n (Archives d'Ophalmologie, Decembre 1936) wywołać upośledzenie ruchów gałki ocznej, jak również dotyczyć dróg łzowych, powiek i samej gałki. Upośledzenie ruchów gałki może być wywołane przede wszystkim porażeniem mięśnia skośnego górnego (widzenie podwójne nieskrzyżowane, zgodne, największy rozstęp między obrazami przy patrzeniu nadół i na zewnątrz) spowodowane uszkodzeniem bloczka. Podwójne widzenie może ustąpić po kilku dniach, lub też pozostać na stałe.

Czasami nie dochodzi do porażenia mięśnia skośnego górnego, spotykamy wówczas nietypowe objawy podwójnego widzenia, bez wytrzeszczu lub zapadnięcia gałki, połączone z ograniczeniem ruchów gałki zwłaszcza ku skroni i ku dołowi.

Powikłania ze strony dróg łzowych powstać mogą wskutek uszkodzenia sklepienia woreczka łzowego lub kanalików, jak również ucisku woreczka przez rozrastającą się tkankę włóknistą.

W innych wypadkach, pomimo drożności dróg łzowych, łzawienie jest odruchowe, lub spowodowane podrażnieniem śluzówki woreczka, lub zatok nosa.

Powikłania ze strony powiek są niezwykle częste: w większości wypadków będzie to ropień powieki, powstały następnego dnia po zabiegu, wymagający wkroczenia chirurgicznego.

W celu uniknięcia powikłań rogówkowo - spojówkowych należy zdaniem niektórych autorów wykonać zeszycie powiek. Uszkodzenia rogówki w czasie zabiegu nie należą do powikłań częstych i powstają jako skutek źle nałożonego opatrunku.

Uszkodzeń tych uniknąć można przez przestrzeganie zasady operowania zatok ponad i przed woreczkiem, oraz oszczędzanie bloczka mięśnia skośnego (o ile możności przykładać na miejsce odwarstwioną okostną).

B a r u k (Société d'Ophtalmologie de Paris, 15 novembre 1936) rozróżnia trzy rodzaje o m a m ó w w z r o k o w y c h:

1) umiejscowione, przechodzące od najprostszych do złożonych, powstałe często w polu objętym niedowidzeniem połowiczym, w uszkodzeniu wzrokowych dróg mózgowych (lobus occipitalis, temporalis, etc.), lub obwodowych (chiasma), na koniec samej gałki ocznej (zaćma, jaskra, odwarstwienie siatkówki). Pacjent zdaje sobie sprawę z natury chorobowej cierpienia;

2) omamy wzrokowe powstałe w stanie majaczenia, obłędzie opilczym, guzach okolicy lejka i ciała popielatego i innych okolic mózgu, śpiączce nagminnej. Do grupy tej należą również omamy opisane przez L h e r m i t t e oraz szereg omamów pochodzenia toksycznego;

3) grupa niniejsza obejmuje omamy wzrokowe w powstawaniu których czynnik psychiczny odgrywa decydującą rolę i stanowi przejście do omamów schizofrenicznych.

S. Topolski.

CHOROBY SKÓRY.

Choroba Besnier - Boeck - Schaumanna; postać wyłącznie gruczołowa i płucna bez zmian skórnych. (Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann à forme uniquement pulmonaire et ganglionnaire sans manifestations cutanées). L. M. P a u t r i e r.

Annales de Dermat et de Syphil. 1938, Nr. 1.

To mało dotychczas znane schorzenie rozpoznaje się głównie na podstawie zmian skórnych dosyć typowych, po czym dopiero zwracają uwagę zmiany w płucach, gruczołach chłonnych, kościach i trzewiach. Istota schorzenia polega na układowych zmianach, zaliczane ono bywa do grupy t. zw. reticulo-endotheliosis. Zmiany skórne jednak nie muszą być pierwszymi objawami cierpienia, co więcej mogą wcale nie wystąpić, a wtedy postać ta ujdzie uwadze dermatologów.

Autor zebrał kilka takich przypadków spostrzeganych przez lekarzy chorób wewnętrznych:

1. U 10-cioletniego chłopca badanie drobnowidowe gruczołu, wyciętego z grupy otaczających okolice stawowe, wykazało utkanie typowe dla choroby B.-B.-Sch., komórki nabłonkowate otoczone wałem limfocytów. Dalsze badania wykazały charakterystyczne zmiany w układzie kostnym, a zwłaszcza bardzo typowe jamki odwapnione w kościach paliczków. W płucach zmian chorobowych nie było. Klinicznie rzucał się w oczy zespół charakterystyczny dla diabethes insipidus, a brak zmian w roentgenogramie podstawy czaszki pozwalał na hypotezę obecności charakterystycznych nacieków w przysadce. W kilka lat po wystąpieniu opisanych objawów zjawiły się na skórze w okolicy obu garstek ogniska typowe, przypominające toczeń odmrozinowy.

Przypuszczenie zależności diabethes insipidus od zmian w przysadce znalazło potwierdzenie w innym przypadku, spostrzeganym przez F i l l g r e n a (Sztokholm), w którym łącznie z typowymi zmianami na skórze i w układzie kostnym wystąpiła moczówka prosta. Autopsja, wykonana w tym przypadku, wykazała w płacie środkowym przysadki ogniska komórek nabłonkowatych, bez ognisk zgorzelinowych ze zmianami sklerotycznymi.

2. Przypadek W e i s s e n b a c h'a, w którym pod postacią fałszywej spina-ventosa przebiegała choroba B.-B.-Sch. z typowymi naciekami w gruczołach.

3. Przypadek R i s t a rozpoznany początkowo jako gruźlica płuc, w którym roentgenogram płuc wykazał charakterystyczny obraz, a w którym dopiero obecność zmian na skórze skierowała rozpoznanie na właściwe tory.

4. Przypadek spostrzegany przez autora i przez M e r k l e i n a, w którym u 18-letniego chłopca

przy ogólnym stanie zdrowia bardzo dobrym wystąpiło widoczne i szpecące powiększenie gruczołów chłonnych na szyji. Przy dokładnym badaniu podobne zmiany w gruczołach stwierdzono w pachwinach i pod pachami, ponadto śledziona była powiększona. Roentgenogram płuc wykazał brak zmian chorobowych we wnękach, natomiast w płucach stwierdzono charakterystyczne drobne, zlewne zaciemnienia. Obraz ten nasunął podejrzenie zespołu B.-B.-Sch., — co potwierdziło drobnowidowe badanie wyciętego gruczołu chłonnego.

Nie rozstrzygając zagadnienia etiologii tej „reticulo-endoteliozy" autor wyklucza pochodzenie gruźlicze tego zespołu i nie wątpi, że przypadki tego schorzenia, przebiegającego bez zmian w skórze, będą przez lekarzy chorób wewnętrznych coraz częściej rozpoznawane.

Przyczynek do zagadnienia mnogich kępek żółtych guzowatych. (Contribution à la question des tumeurs xanthomateuses multiples). J. Lenartowicz i W. Nowicki.

Annales de Dermat et de Syphil. 1938, Nr. 1.

Zagadnienie patogenezy kępek żółtych i podobnych im zmian skóry nie jest dotychczas wyjaśnione. Przypuszcza się, że zmiany te wywołane są podwyższeniem poziomu cholesteryny i estrów cholesterynowych w krwi, skutkiem czego nadmiar tych ciał przenika do tkanek i w nich tworzy guzowate złogi. Ta hypoteza nie jest w zgodzie z szeregiem przypadków, w których poziom cholesteryny i jej pochodnych w krwi nie jest podwyższony. Jak widać, zagadnienie patogenezy kępek żółtych jest stale jeszcze nierozstrzygnięte i dlatego każdy przypadek tego schorzenia zasługuje na dokładne omówienie.

Spostrzegany przez autora dotyczył 40-toletniego mężczyzny, u którego od 12-tu lat wśród bólów stawowych tworzyły się guzy twarde w okolicy dotkniętych bólem stawów. W chwili badania guzy takie, duże, żółto przeświecające, ruchome wobec skóry, lecz zrośnięte ze ścięgnami istniały w okolicy łokci, kolan, stawów u palców rąk i ścięgien Achillesa. W tym przypadku poziom związków cholesterynowych w krwi był podniesiony, a próba obciążenia (B ü r g e r) dała opóźnienie podnoszenia się tego poziomu z 4-ch do 8-miu godzin i opóźnienie wydalania ciał cholesterynowych.

Badanie guzów wykazało, że są one utworzone przez dwie warstwy: środkową o utkaniu ścięgnistym zmienionym, wśród którego spostrzega się liczne kryształy estrów cholesterynowych, ogniska zgorzelinowe, komórki ksantomatyczne, tworzące różnej wielkości ogniska, w końcu blizny.

W części obwodowej guza zmiany te są słabiej wyrażone i przeważają gniazda komórek ksantomatycznych. Proces chorobowy przypomina toczący się w ścianie tętnicy głównej w przebiegu miażdżycy.

Przypadek powyższy należy do rzadkich, w których guzowate kępki żółte początkowo powstają w ścięgnach i w którym nie można wykluczyć skazy dnawej, będącej przyczyną odkładania się związków cholesterynowych.

Dieta uboga w tłuszcze i codzienne wstrzykiwania 5-ciu jednostek insuliny dały po okresie 2 miesięcy tylko bardzo nieznaczną poprawę.

Ataki dusznicy bolesnej, które zjawiły się w ostatnim okresie schorzenia, mogły pozostawać w związku z przedwczesną miażdżycą naczyń ewentualnie z odkładaniem się ciał cholesterynowych w ścianach tętnic wieńcowych.

W sprawie trudności rozpoznawczych w przypadkach parapsoriasis lichenoides i poikilodermii. (A propos des difficultés de diagnostic entre le parapsoriasis lichénoïde et la poikilodermie). L. N e k a m jr.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 1.

W początkowym okresie oba wymienione schorzenia występują często pod postacią wyniosłych grudek, tworzących niekiedy siatkę.

W okresie późniejszym dla obu tych schorzeń charakterystyczne są zaniki. Obraz histologiczny obu schorzeń jest podobny, a różnice są raczej ilościowe i polegają na mniejszej lub większej ilości nacieków w brodawkach, zaników i złogów hyalinowych. Te znikome różnice w obrazie klinicznym i drobnowidowym wykazują, jak wielkie są trudności w rozpoznawaniu tych schorzeń. Trudności tę będą tak długo, jak długo problem rozpoznawania opierać się będzie na morfologii schorzeń i dopóki nie wejdzie na tory rozważań dotyczących ich etiologii. Przypadek spostrzegany przez autora nie przyczynia się do rozstrzygnięcia powyższych wątpliwości, zasługuje jednak na uwagę ze względu na szczególnie duże trudności rozpoznawcze.

Przypadek dotyczy młodej dziewczyny, u której schorzenie skórne rozpoczęło się po przebytej w 4-tym roku życia płonicy. Od tego czasu skóra jej nigdy nie miała prawidłowego wyglądu, schorzenie stopniowo nasilało się przez okres około 8-miu lat, poczem od kilkunastu lat już zmianom nie ulega. Zimą stan skóry pogarsza się. Chora skarży się na uczucie napięcia skóry i pieczenia. Swędzenie jest znaczne na goleniach, gdzie skutkiem drapania od kilku lat istnieją owrzodzenia. Zmiany chorobowe zajmują wszystkie okolice skóry, lecz nie jednolicie, pozostawiając niektóre niezmienione. Cała głowa zajęta jest nieznacznym rumieniem, złuszczającym się i nie przedstawiającym żadnych cech szczególnych. W części środkowej szyi tuż pod brodą skóra jest niezmieniona, poza tym wykazuje siatkowate przebarwienie i drobne grudkowate wyniosłości na podłożu rumieniowym i wykazującym pewną skłonność do zaniku. Zmiany barwikowe, nieznaczne przymieszkowe nadmierne rogowacenie i złuszczanie przemawiają za melanozą Riehla. Nasilanie się zmian w porze zimowej i stałe ich utrzymywanie się przeczy temu rozpoznaniu. Za parapsoriasis lichenoides przemawiają natomiast wszystkie objawy prócz zmian barwikowych, które kierują znowu rozpoznanie ku poikilodermii, brak jedynie porozszerzanych naczyń włosowatych, których obecność stwierdza się znowu na sutkach i gdzie rozpoznanie poikilodermii wydaje się uzasadnione. Na plecach rozległe rumieniowe ogniska, nieznacznie złuszczające się przypominają parapsoriasis (en plaques). Na kończynach górnych, zwłaszcza po stronie wyprostnej jednolity rumień wyraźnie nacieczony i złuszczający się przypomina pityriasis rubrapilaris.

Badania pracowniane i kliniczne wykazały nieznaczną wagotonię i nadczynność przysadki.

Badanie drobnowidowe, które zdawało się, rozstrzygnie, wymienione powyżej wątpliwości rozpoznawcze nie dało zdecydowanej odpowiedzi. W wycinku z szyi obraz przemawiał raczej za poikilodermią, w wycinkach pobranych z innych okolic nie przedstawiał żadnych zdecydowanych cech, niespodziewanie jedynie znaleziono w wycinku ze skóry sutka gruczołki gruźlicze z komórkami olbrzymimi i nabłonkowatymi. Badania kliniczne i wszelkie próby w kierunku gruźlicy wypadły ujemnie. Rozpoznanie w tym przypadku pomimo dokładnych badań pozostało nierozstrzygnięte.

Zaburzenia czynnościowe i zmiany anatomiczne przełyku w przypadkach twardziny skóry. (Troubles fonctionnels et lésions de l'oesophage dans la sclérodermie). J. W e i s s e n b a c h, M. S t e w a r d, H. H o e s l i.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 2 — 3.

Na zaburzenia ze strony przełyku w przypadkach twardziny skóry zwrócono niedawno dopiero uwagę. Autorzy spostrzegali 3 przypadki, wyniki tych spostrzeżeń, jak również wyniki obcych 15-tu przypadków wziętych z literatury skłoniły ich do ujęcia tych zaburzeń z następujących punktów widzenia: 1) klinicznego, 2) radiologicznego, 3) biochemicznego, 4) anatomopatologicznego, 5) przyczynowego, 6) rozpoznawczego i 7) leczniczego.

Klinicznie stwierdza się trudności w przełykaniu pokarmów stałych i pół-płynnych. Pokarmy te napotykają w przełyku na opór w różnych wysokościach przełyku, co w każdym przypadku może występować w sposób odmienny. Radiologicznie w większości przypadków zmian morfologicznych nie stwierdza się, istnieje natomiast zwolnienie w przesuwaniu się pokarmów i ich niecałkowite wydalanie z przełyku. Wzdłuż ściany przełyku, w miejscu, gdzie jest całkowity brak ruchów perystaltycznych pozostaje na obrazie radiologicznym zaciemnienie, spowodowane zatrzymywaniem się pokarmów. Trudności w przełykaniu wyraźnie nasilają się, gdy chory pozostaje w położeniu leżącym na plecach i mogą istnieć bez jakichkolwiek dających się stwierdzić zaburzeń czynnościowych lub anatomicznych.

Ezofagoskopia jest zabiegiem niebezpiecznym, rzadko więc bywa wykonywana, a tylko w bardzo nielicznych przypadkach można przy jej pomocy wykazać obecność zwężeń. Zmiany makroskopowe anatomiczne są nader rzadkie; nieznaczne zbielenie śluzówki, które może czasem naśladować leukoplazję. Badanie drobnowidowe natomiast prawie zawsze wykazuje szereg zmian głównie w warstwach podśluzówkowych przełyku: warstwy tkanki włóknistej pod śluzówką, zwyrodnienie włókien sprężystych, przerost muscularis mucosae; zanik tunica muscularis ze zmianami wstecznymi, jak liczne wodniczki i przerost tkanki łącznej. W obrębie tych zmian naczynia krwionośne są rozszerzone i przepełnione krwią, a ich dwie wewnętrzne warstwy są zgrubiałe. Zaburzenia ze strony przełyku spotyka się wyłącznie w przypadkach postępującej twardziny, prawie tylko u kobiet, w kilka dopiero lat po wystąpieniu zmian na skórze, a wcześniej tylko w przypadkach, w których twardzina zajmuje przede wszystkim skórę głowy.

Leczenie zaburzeń w przełykaniu w przypadkach twardziny skóry jest głównie objawowe. Podaje się pokarmy papkowate i płynne, a w daleko posuniętych przypadkach można stosować rozmaite systemy sond. Preparaty bromowe i atropinowe wskazane są w przypadkach, połączonych z silnymi bólami. Oprócz leczenia objawowego ko-

nieczne jest leczenie ogólne twardziny. Z całego szeregu leków, godnych polecenia jest tylko kilka: acetylocholina, która przez swoje działanie rozszerzające naczynia daje nieraz dobre wyniki, wyciągi trzustkowe, preparaty jodowe i gruczołowe. Sympathectomia i parathyreoidectomia dają też niekiedy poprawę.

Zmiany skórne, naśladujące cutis gyrata. (Cutis gyrata (sive plicata) imitata. Lésions de la peau simulant la pachydermie vorticellée. Les plus rares variétés de la pachydermie vorticellée). J. Merenlender.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 2.

Autor spostrzegał 5 przypadków naśladujących cutis gyrata. W pierwszym zmiany zależały od obecności szczególnego znamienia (naevus verrucosus), w drugim duże fałdy skóry stwierdzono u osobnika eunuchoidalnego z zaburzeniami dokrewnymi, a przyczyną ostateczną zmian skóry był łojotok powikłany zmianami zapalnymi, w trzecim zmiany naśladujące cutis gyrata były do pewnego stopnia utajone, a można je było uwidocznić przez odpowiednie sfałdowanie skóry u człowieka cierpiącego na akromegalię w okresie początkowym, w czwartym widoczne i stale utrzymujące się sfałdowanie skóry na głowie istniało u chorego z daleko posuniętą akromegalią, wreszcie w piątym stwierdzono jako zmianę dodatkową i nie będącą w związku z cierpieniem zasadniczym (cirrhosis hepatis Laeroneci) sfałdowanie skóry na czole, naśladujące kształtem zwoje kory mózgowej.

W przypadkach 2-gim, 3-cim i 4-tym stwierdzono drobnowidowo obecność zmian zapalnych w skórze, w 5-tym obraz drobnowidowy odpowiadał adenoma sebaceum i wtórnym zmianom zapalnym.

W sprawie kliniki chromomycosis: przypadek chromomycosis cutis ze zmianami w sąsiadujących gruczołach chłonnych. (A propos de la clinique de la chromomycose: cas de chromomycose de la peau avec lésion des ganglions lymphatiques régionaux). P. Mériine.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 2.

W opisanym przypadku u 65-cioletniej kobiety, która przez 35 lat pracowała na wsi, a następnie jako pielęgniarka szpitalna, stwierdzono utrzymujące się od 6-ciu lat guzki sino-czerwone na II palcu prawej ręki i obok w II przestrzeni międzypalcowej. Guzki były małe, twarde, częściowo strupkiem pokryte, naciśnięte sączyły żółtokrwawy płyn gęsty. Hodowle z wydzieliny i usuniętej tkanki chorobowej założone na marchwi i na pożywce Sabourauda wykazały obecność grzyba Hormodendron Russicum. Badanie drobnowidowe guzków oprócz zmian, cechujących tę grzybicę, wykazało obecność gruczołków gruźliczych, co było powodem poszukiwania prątków Kocha i rzeczywiście prątki te znaleziono w tkance chorobowej.

Wrotami zakażenia dla tej mało znanej grzybicy może być jakikolwiek uraz kończyny górnej lub dolnej, a jak widać w opisanym przypadku i gruźlica skóry. Klinicznie grzybica ta przebiega pod postacią owrzodziałych guzków, bardzo trudno gojących się. Najbliższe gruczoły chłonne zwykle są obrzmiałe, a w opisanym przypadku pachowe dochodziły wielkości jaja kurzego. W zmienionych gruczołach chłonnych często stwierdza się obecność grzyba, który szerzy się u ludzi właśnie drogą naczyń chłonnych.

Leczenie polega na usunięciu i zniszczeniu ognisk pierwotnych i na długotrwałym następowym podawaniu jodku potasu. Wyleczenie bywa całkowite.

Zofia Jastrzębska.

FYTOTERAPIA.

Roślina jasnowidzenia: Peyotl-Echinocactus Williamsii. (La Plante qui fait les yeux émerveillés. Le Peyotl). Dr Alexandre Rouhier z przedmową Prof. Dra Emila Perrot.

Wyczerpujące studium o peyotlu, które otworzyło drogę swemu autorowi do katedry profesorskiej, owoc długoletnich badań w terenie i skrupulatnej pracy laboratoryjnej dało w rezultacie dzieło, które chwilami czyta się, jak baśń, w tych zwłaszcza częściach, kiedy przytacza obszerne protokuły doświadczeń farmakodynamicznych nad tą rośliną, zdawna w ojczyźnie swej uważaną za roślinę niezwykłą — „świętą".

Peyotl — tak brzmi nazwa ludowa niewielkiego kaktusa bez kolców: Echinocactus Williamsii Lem. — pochodzi ze środkowego Meksyku, gdzie od niepamiętnych czasów wśród dzikich tuziemców cieszył się sławą rośliny „rozświetlającej mroki", niezbędnej przy ceremoniach religijnych. Do Europy przywieziono go po raz pierwszy dopiero na początku XIX stulecia, ze względu jednak na trudności zdobycia go, przez cały prawie wiek, pozostał on naukowo niezbadany.

Dopiero w roku 1888 profesor Lewin otrzymał od zakładów Parke Davis pewną ilość suszonych płatków tego kaktusa i — przy udziale Mercka — wyosobnił z nich czynny alkaloid: anhaloninę. W osiem lat później, Heffter, któremu te same zakłady dostarczyły większą ilość surowca, wyodrębnił z Anhalonium Williamsii cztery ciała czynne: meskalinę, anhalonidinę, anhaloninę i lofoforinę.

W dalszych badaniach (1919 r.), Späth stwierdził, że alkaloidy peyotlu podzielić można na trzy grupy:

1) grupę meskaliny ($C^{11}H^{17}O^{3}N$),

2) grupe anhalaminy ($C^{11}H^{15}O^{3}N$), anhalonidiny ($C^{12}H^{17}O^{3}N$) i peyotliny ($C^{13}H^{19}O^{3}N$), oraz

3) grupę anhaloniny ($C^{12}H^{15}O^{3}N$) i lofoforiny ($C^{13}H^{17}O^{3}N$).

Stwierdzono, że w roślinach żywych alkaloidy te występują w związkach z kwasem jabłczanym i — co ciekawsze — rośliny botanicznie jednogatunkowe zawierają czasem tylko peyotlinę, czasem tylko meskalinę, natomiast w roślinach wysuszonych zawsze występuje alkaloidów pięć: meskalina, anhalamina, anhaloidina, anhalonina i lofoforina, lecz nigdy (lub tylko w postaci śladów) peyotlina.

Badania te żywo zainteresowały po Wielkiej Wojnie naukę francuską i skłoniły Dra R o u h i e r do osobistego udania się do Meksyku celem zdobycia dostatecznej ilości egzemplarzy Echinocactus Williamsii, przywiezienia ich do Europy, a równocześnie zapoznania się z zastosowaniem tej rośliny wśród ludów tuziemnych.

Zainteresowanie peyotlem było tym bardziej uzasadnione, — w dobie renesansu ziołolecznictwa, — że w czasie udziału wojsk amerykańskich w walkach na ziemi francuskiej, liczni lekarze europejscy zetknęli się po raz pierwszy z „mescal-buttons" — wysuszonymi płatkami kaktusa Anhalonium Williamsii, — które są w sprzedaży w aptekach amerykańskich i żucie których ma, jakoby, oddziaływać podniecająco i wzmacniająco na ustrój ludzki.

R o u h i e r dotarł w głąb Meksyku i miał możność widzieć wyprawę jednego ze szczepów indyńskich na płaskowyż „Mojonera", gdzie Echinocactus Wililamsii rośnie na skalistych glebach w obfitości.

Wyprawa taka ma wszelkie cechy pielgrzymki religijnej. Biorą w niej udział dorośli mężczyźni i młodzież męska, lecz nigdy kobiety. Grupy po 8 — 12 pielgrzymów zbierają się z najodleglejszych krańców Meksyku w stanie Mayarit nad Oceanem Spokojnym pod świątynią Santa - Catarina, gdzie rozpoczyna się święto zbioru peyotlu kąpielą i złożeniem ofiar słońcu. Od tej chwili, przez ciąg wielu miesięcy, odwieczny rytuał nie pozwala pielgrzymom myć się, obcować z rodzinami i spożywać soli.

Pielgrzymi boso wyruszają długą kolumną pod przewodem wodza, zbrojnego w łuk i strzały, i — zatrzymując się na noclegi w 15 z góry i zdawna wyznaczonych miejscach — dochodzą do celu swej wędrówki robiąc rachunek sumienia z całego swojego życia. Na pięć dni marszu przed wyznaczonym celem rozpoczyna się bezwzględny post: wszyscy zaprzestają przyjmować jakiekolwiek pożywienie. Po dwóch dniach ścisłego suszenia każdy pielgrzym otrzymuje od wodza określoną ilość suszonych płatków peyotlu, który od tej chwili stanowi jedyne ich pożywienie przez cały czas poszukiwań „świętych kaktusów".

Głód, zmęczenie, egzaltacja religijna i te dawki, bogatej w alkaloidy, rośliny wywołują stan silnego podniecenia aż do halucynacji włącznie u wszystkich pielgrzymów. W tym stanie dochodzą oni do kresu wędrówki, rozbijają obóz i czekają nocy, by wyjść na kaktusowe łowy. Idący na czele pochodu wódz strzałami z łuku znaczy zdaleka — jemu tylko widoczne w pomroce nocnej — miejsca, w których rosną, ledwo wystające nad poziom ziemi poszukiwane kaktusy. W ten sposób przechodzą oni znaczne przestrzenie, z których, wracając, zbiorą w dzień dopiero kaktusy, szukając wystrzelonych strzał.

Pielgrzymi przebywają przez 3 dni u celu swej wędrówki i co noc powtarza się to strzelanie z łuku — w nieznaną i niewidzialną przestrzeń.

Powrót, po zebraniu zdobyczy, jest równie ciężki, jak i droga do celu, zwłaszcza, że wielodniowe wygłodzenie powoduje jednak znaczną utratę sił, a liczne kosze z kaktusami obciążają ich bardzo.

Przywiezione przez Dra R o u h i e r, kaktusy zostały wszechstronnie zbadane w laboratoriach wszechnicy Montpellier.

Przygotowano z nich wyciągi wodne, alkoholowe i chloroformowe, które posłużyły następnie do dalszych badań farmakologicznych.

Ustalono przy tym, że preparaty peyotlu, przyjmowane do wewnątrz per os, nie wywołują zatrucia: przy nadmiernym ich zażyciu, występuje uczucie gwałtowne przepełnienia żołądka i wymioty. Indianie meksykańscy twierdzą, że działanie na stan psychiczny człowieka występuje nie wcześniej, niż po zażyciu 30 — 40 gramów suszonych płatków kaktusa; górna granica tolerancji jest jednak bardzo wysoka (opisano spożycie bez szkody 225 gramów).

Wyodrębnione z peyotlu alkaloidy okazują na ustrój różne działanie: peyotlina, anhalonina i anhalonidina działają narkotycznie: słabo nasennie, lofoforina jest najbardziej trującą, lecz nie ma działania narkotycznego, meskalina daje charakterystyczne barwne wizje przy zamkniętych oczach.

Na 30 z górą stronicach przytacza R o u h i e r protokuły swych doświadczeń z podawaniem doustnym wyciągów alkoholowych z peyotlu. Prowadziło ono zawsze do — szybko zmieniających się — barwnych widzeń przy zamkniętych oczach. Fantasmagorie barw i kształtów, przedmiotów martwych i postaci żywych trwają godzinami, oddzielone krótkimi — szarymi — przerwami.

W każdym wypadku zażycie wyciągu z peyotlu prowadzi do stanu upojenia. Działanie peyotlu na mózg mogło by uzasadniać stosowanie go, jako swoistego odczynnika psychofizjologicznego, o bardzo obszernym zastosowaniu, zwłaszcza, że nie prowadzi on do nawyku.

Rzeczą niezmiernie ciekawą będzie przeprowadzenie badań nad unieszkodliwiającym działaniem peyotlu na jady zwierzęce i toksyny. Indianie meksykańscy posiadają na to działanie, podobno, liczne dowody. Zapewne i w innych działach lecznictwa peyotl znajdzie celowe zastosowanie.

[Według prywatnych wiadomości, przed 5 — 6 laty, jedno z południowo - amerykańskich poselstw ofiarowywało się dostarczyć peyotl do badań naukowych wszechnicom polskim na każde ich żądanie. Czy oferta ta była wykorzystana, nic dotąd nie wiadomo.

W sprzedaży ogrodniczej są ostatnio — w Warszawie — liczne okazy Anhalonium Williamsii, fizjologicznie całkowicie nieczynne. — Przyp. ref.].

Liść to żywe słońce. (La Feuille „Soleil vivant". La chlorophylle. Données actuelles. Applications pratiques). Dr J. P o u c e l.

„Hygiène et Thérapeutique par les méthodes naturelles". Paris (Baillière). 1938.

Zdaniem autora człowiek powinien zbliżyć do natury i leczyć się środkami, które mu daje przyroda (a może w ogóle wtedy nie potrzebował by się leczyć).

Poza czystym powietrzem, przepojonym ozonem, o znaczeniu którego rozwodzić się dziś już nie trzeba, przyroda swoją zielenią oddziaływa na ustrój człowieka bezpośrednio i pośrednio. Działanie bezpośrednie zieleni, na którą patrzymy, wg Poucela nie jest dotąd dostatecznie doceniona, a jednak jest bezsporne: ostatnio jeszcze wielkie zakłady samolotów i samochodów w Coventry stwierdziły w serii doświadczeń, że istotnie ludzie pracujący w promieniach światła czerwonego rozdrażniają się łatwo, w promieniach zielonych zaś (a nawet mając tylko wiele do czynienia z barwą zieloną) pracują spokojniej i wydatniej.

Działanie zieleni pośrednie jest wielokrotne. Drogą pokarmową chlorofil nie pozostaje bez wpływu na człowieka i jako pokrewny hemoglobinie i jako bezpośrednio wpływ mający na wytwarzanie się krwi; wtórnie, przyjęty doustnie, w stanie czystym, chlorofil uczula ustrój na działanie światła.

Że chlorofil uczula ustrój na promienie świetlne widać chociażby z bardzo ciekawego spostrzeżenia Oppenheima (1926): osoby, które po kąpieli wodnej nasłoneczniają się, leżąc na trawie, często spostrzegą na skórze jasne odbicie rysunku traw na ciemnym tle opalonej skóry. Początkowo myślano, że jest to efekt działania na skórę olejków eterycznych roślinnych, później stwierdzono doświadczalnie, iż jest to rezultat uczulenia skóry chlorofilem na promienie czerwone (widzialne i niewidzialne).

W liściach zielonych, pobieranych z pokarmami, ustrój znajdzie witaminy (życiany) A, C i E w dużej ilości, a nawet i życian D, którego szukamy zawsze w trawie. W roślinach, spożytych zaraz po zbiorze, życian D znajduje się w większej ilości.

Klinika Dra Bircher-Bennera w Zurychu stosuje u swych chorych odżywianie tylko „słoneczne”: zielonymi roślinami, otrzymując wręcz niezwykłe wyniki u osób anemicznych i wyczerpanych.

W czasie Wielkiej Wojny, pod Salonikami, korpus oficerski francuski stwierdził wartość odżywczą zielonych liści Mniszka lekarskiego (Taraxacum officinale), włączonego do codziennego jadłospisu: oficerowie, którzy go nie spożywali, jeden za drugim, musieli być ewakuowani chorzy do kraju, odmiennie od swych współtowarzyszy broni, jedzących tak niewyszukaną jarzynę.

Pod nazwą „sałaty baskońskiej” autor zaleca surową sałatkę, zawierającą dużo chlorofilu i życianów.

Skład jej jest następujący:

150 gramów drobno krajanych, świeżych i młodych m a r c h e w e k, b r u k w i, k a l a r e p e k, b u r a k ó w, s a l s e f i i, w ę ż y m o r d u i k a r t o f l i;

15 gramów drobno krajanej, świeżej c e b u l i i p o r ó w;

100 gramów różnych odmian k a p u s t y;

60 gramów różnych odmian (zależnych od pory roku) s a ł a t;

250 gramów drobno krajanych k a r t o f l i, g o t o w a n y c h l u b p i e c z o n y c h w „m u n d u r k a c h";

25 gramów oliwy

i odrobiny soli, soku cytryny oraz przypraw roślinnych aromatycznych (koper, cząber, czosnek).

Potrawę tę trzeba żuć dobrze i jeść powoli!

Wład. Biernacki.

K O M U N I K A T Y

TANIE POBYTY W UZDROWISKACH.

Pod przewodnictwem Ministra Komunikacji, odbyła się w Lidze Popierania Turystyki konferencja, w sprawie zorganizowania wielkiej akcji udostępnienia najszerszym sferom taniego przejazdu i pobytu w uzdrowiskach, począwszy od najwcześniejszego sezonu wiosennego w maju i jesienią.

Akcja Ligi Popierania Turystyki obejmuje następujące zdrojowiska, stacje klimatyczne i kąpieliską morskie:

Ciechocinek, Druskieniki, Horyniec, Hrobenów, Inowrocław, Iwonicz, Jaremcze, Jastrzębie Zdrój, Jastarnia, Jurata, Kosów, Krynica, Lubień Wielki, Morszyn, Muszyna, Nałęczów, Niemirów, Orłowo, Rabka, Rymanów, Sławsko, Sianki, Solec, Szczawnica, Truskawiec, Ustroń, Wielka Wieś-Hallerowo, Worochta, Wisła, Zakopane, Zaleszczyki, Żegiestów.

W wyniku obrad konferencji ustalono zasadnicze ulgi dla przyszłych uczestników: wprowadzono ryczałty w wysokości *Zł. 54.*— za 8 dni pobytu w pensjonacie z całodziennym utrzymaniem wraz z przejazdami kolejowymi w obie strony, przy czym kuracjuszowi, korzystającemu z ryczałtu, przysługuje na podstawie karty Ligi Popierania Turystyki — zniżka *50%* w opłacie taksy kuracyjnej i *25%* z cen za kąpiele i świadczenia lekarskie. Okres ryczałtów w sezonie wiosennym trwał od dn. 1 maja do 17 czerwca rb.; w sezonie jesiennym rozpocznie się 1 w r z e ś n i a.

Należy mieć nadzieję, iż wiele tysięcy pracowników umysłowych i fizycznych, którzy dotychczas nie mogli sobie pozwolić na pobyt i leczenie w uzdrowisku, spędzi tam teraz swoje urlopy.

Niektóre z uzdrowisk nie mają w ciągu roku przerw sezonowych i czynne są przez cały rok bez przerwy. Do takich uzdrowisk należy przede wszystkim Rabka, Zakopane, a następnie: Jaremcze, Jaworze, Nałęczów, Otwock, Rudka, Smukała, Sławsko, Ustroń, Wisła i Worochta

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.